

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

6102
450
23
Directores: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO JUL 27 1948

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 3-4198

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 100,00 — Numero avulso Cr \$ 10,00

OL. LV

Maio de 1948

N. 5

Sumário:

	Pág.
Súmula das questões mais importantes na clínica das afecções do estômago — Prof. FELICIO CINTRA DO PRADO.....	343
Torção do segmento ileo-ceco-cólico (válvulo do ceco) — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	357
Moléstia de Besnier-Boeck-Schaumann — Dr. ALFREDO PÉJOI FILHO.....	373
Produção Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	381
Sociedade Médica São Lucas.....	381
Colégio Brasileiro de Cirurgias.....	382
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	384
Outras sociedades.....	384
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	386
Vida Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	388
Instituto Butantã.....	390
Sociedade Médica São Lucas.....	392
Colégio Americano de Administradores de Hospitais.....	392
Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar.....	393
Sociedade de Medicina Experimental.....	393
Sociedade Paulista de Leprologia.....	393
Atividades Científicas:	
Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro".....	394
Instituto Brasileiro de História da Medicina.....	394
Congressos Médicos:	
III Congresso Panamericano de Oftalmologia.....	396
Congresso de Psiquiatria.....	396
Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria.....	397
Assuntos de atualidade:	
Produção artificial dos "mesona".....	407
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	409
Folhetos e separata recebidos.....	411
Teses recebidas.....	412

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

- Solução concentrada de glicofosfatos "cerebrais" de sódio, de potássio e de magnésio.
- Leva as matérias minerais específicas indispensáveis a reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa.

**NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



**Nevrosthénine
Freyssinge**

Gotas

*Fabricado no Brasil com licença especial do LAB. FREYSSINGE — PARIS — FRANÇA.
Laboratórios ENILA S/A. Caixa 484. Rio de Janeiro. Filial: Rua Marquês de Itá, 202. S. Paulo.*

Fabrica Nacional de Moveis Aseticos



Salas de Esterilizações — Instrumentos de Cirurgia
Química, Baeteriologia e Eletricidade Médica



LUTZ, FERRANDO

OTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

Rua Direita, 33

São Paulo



Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

Vol. LV

Maio de 1948

N. 5

Súmula das questões mais importantes na clínica das afecções do estômago *

DIAGNÓSTICO. TERAPÊUTICA. PROGNÓSTICO.

Prof. Felício Cintra do Prado

Catedrático da Escola Paulista de Medicina. — Chefe de Clínica na Policlínica de São Paulo

No fêcho dêste Curso recapitularei os pontos mais importantes para o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico das afecções do estômago.

DIAGNÓSTICO

Valor da anamnese. — Não obstante os modernos recursos diagnósticos, até hoje continua sendo de capital importância o interrogatório dos doentes, pois representa o caminho que desde logo servirá de orientação ao clínico.

A queixa do paciente é o primeiro indicio de moléstia gástrica. Só por excepção pode alguém estar doente do estômago sem nada sentir nesse órgão ou sem ao menos suspeitar que aí esteja a sede da sua doença. Entretanto, a inversa não é verdadeira, porquanto nem todos os que se queixam do estômago têm realmente uma gastropatia. Poucos quadros sintomáticos haverá na patologia sem qualquer componente a indicar que o estômago está perturbado nas suas funções. Por outras palavras, são frequentíssimas as queixas ditas "do estômago", haja ou não uma gas-

* Lição final (XIV) de um Curso na Escola Paulista de Medicina, em 1947.

tropatia, pois todos os órgãos podem manifestar-se na "linguagem gástrica".

As queixas referentes ao estômago formam lista muito variada. Algumas correspondem efetivamente a um distúrbio do órgão, como a azia, o vômito, a dor prandial. Outras queixas, porém, só de modo indireto podem estar em relação com o estômago (exemplos, a náusea e as alterações do apetite); todavia, são assim consideradas na terminologia corrente. E há ainda certos sintomas, como a sede e as vertigens que podem ocorrer nas gastropatias, conforme ensina a experiência.

Geralmente, os sintomas chamados gástricos não se apresentam isolados, únicos, mas em associação. Este é aliás o motivo pelo qual muitos sintomas entram na lista "do estômago": embora não façam parte propriamente da lista, são sintomas que costumam aparecer também ao lado de outros indubitavelmente "gástricos".

Sempre que o paciente se queixa do estômago ou diz estar sofrendo do estômago, cumpre ao médico fazer minucioso interrogatório, orientando-se pela pesquisa de sintomas e sinais que denotam distúrbio desse órgão. Particular importância deve ser dada em tais casos às queixas de dores epigástricas e de vômitos; ao início e à evolução dos sintomas; aos hábitos do doente, ao seu passado mórbido e história emocional; às suas condições de alimentação, regime de vida e trabalho; e às informações relativas a demais membros da família. Qualquer destes pormenores será talvez decisivo na solução do problema clínico. A anamnese bem apanhada nunca representará desperdício de tempo. Por outro lado, interrogatório mal feito, sem método e sem paciência, é erro já de saída, que poderá condicionar outros erros e levar o médico por falsos caminhos a conclusões sempre erradas.

Exame físico. — Embora pouco se espere encontrar ou venha a ser encontrado, sobretudo no abdomen, ainda assim o doente será examinado cuidadosamente, de acordo com as regras clínicas. A preocupação de quem faz o exame somático deve ser principalmente a de encontrar sinais de moléstia fóra do estômago, a qual justifique entretanto a sintomatologia gástrica. Estes dados terão sempre grande valor no diagnóstico diferencial e, depois, na terapêutica e no prognóstico.

Exame radiológico. — Somente em casos excepcionais se dispensará o exame radiológico dos que se queixam do estômago, ou perante a hipótese de afecção gástrica. Tais casos seriam:

- 1) quadros urgentes, de perfuração aguda e outros diagnósticos que reclamam intervenção cirúrgica imediata;
- 2) pacientes em condições gerais precárias;
- 3) vigência de hemorragias profundas, que exigem repouso absoluto;
- 4) casos leves, que não despertam suspeita de lesão maligna e nos quais, por esta ou aquela circunstância, o exame radiológico pode ser protelado.

Sem dúvida, o radiologista terá de agir, por sua vez, com proficiência e meticulosidade. Exames de afogadilho ou tecnicamente imperfeitos confundem, mais do que esclarecem.

A radiologia do aparelho digestivo é realmente uma arqui-especialização. Aos doentes que moram em localidades sem grandes recursos será preferível procurarem um centro mais adiantado, afim de se submeterem a exame radiológico.

Outros exames subsidiários. — A gastroscopia, que vem sendo cada vez mais utilizada pelos especialistas, ainda não entrou na rotina clínica em nosso meio. A retossigmoidoscopia, que já é praticada com grande segurança por numerosos proctologistas, deve auxiliar no diagnóstico de doentes com perturbação intestinal.

O exame do suco gástrico mostrará em certos casos a intensidade dos desvios secretores. Servirá às vezes para o diagnóstico diferencial entre úlcera e câncer; outras vezes, nas gastrites, auxiliará a esclarecer a origem das anemias e de perturbações intestinais secundárias, orientando também a terapêutica.

O exame parasitológico das fezes e o exame de urina são investigações rotineiras, sempre úteis.

Demais exames habitualmente requisitados na clínica, como R. W., hemograma etc., completam a observação em curso. Dosagens químicas, como a da glicose e a da uréia no sangue, e provas especiais, como a intubação do duodeno e outras, ficarão à escolha do clínico, conforme as particularidades de cada caso.

Em resumo, afóra o exame radiológico que é o mais importante, outros exames e provas contribuirão a seu turno para elucidar o diagnóstico das afecções gástricas. Contudo, diante do número dessas pesquisas, manda o bom senso clínico seja feita criteriosa seleção, que evitará ao doente incômodos e gastos inúteis. Poucas investigações auxiliares, bem escolhidas, são suficientes para completarem os dados clínicos e radiológicos, salvo se a observação tiver de ser levada além do diagnóstico, para fins especulativos.

Hipóteses diagnósticas. — Preliminarmente, as suposições acudirão na seguinte ordem sucessiva:

- 1 — Úlcera péptica, do estômago ou do duodeno.
- 2 — Câncer do estômago.
- 3 — Dispepsia gástrica reflexa, desencadeada por moléstia fóra do estômago.
- 4 — Gastrite.
- 5 — Gastroneurose.
- 6 — Afecções raras.

Pormenores do problema diagnóstico encontram-se nas Lições referentes a cada qual destas afecções. Cabe agora repetir

que, na maioria dos casos, o diagnóstico exato ou, pelo menos, provável resultará não de um sinal iniludível mas da apreciação em conjunto de todos os elementos, feita com a segurança que caracteriza o profissional. O resultado de qualquer exame subsidiário não deverá prevalecer deante de um fato clínico logicamente analisado.

No quadro abaixo coordenei de modo esquemático os elementos que contribuem para o diagnóstico das afecções mais comuns do estômago.

Esquema para o diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO	HEMORRAGIA PROFUSA	PERFURAÇÃO PERITONITE	ESTENOSE PILÓRICA	EXAME RADIOLÓG.	OUTROS EXAMES
Úlcera.....	++	++	+	+	
Câncer.....	+	+	++	+	
Dispepsia reflexa.	rara	—	rara	—	+
Gastrite.....	rara	—	rara	±	±
Gastroneurose...	—	—	—	—	—

Este quadro imita o de M. Rosenberg, no seu livro *Klinik der Nierenkrankheiten* (pág. 223, edição Karger, Berlim, 1927). Embora imperfeitamente, destina-se a fixar algumas idéias fundamentais na prática, a saber: ordem de frequência e importância clínica, valor de certos sintomas, auxílio do exame radiológico e de outros exames complementares. As hemorragias, por exemplo, são frequentes (++) na úlcera e não ocorrem (—) na gastroneurose; o exame radiológico demonstrará (+) câncer, mas não revelará (—) sinais de lesão do estômago na dispepsia reflexa; e assim por deante, como facilmente se poderá compreender à vista do esquema.

De tôdas as suposições diagnósticas, o câncer e a perfuração aguda em peritônio livre apresentam maior importância, porquanto exigem tratamento cirúrgico sem demora. Tempo perdido, doente sacrificado.

TERAPÊUTICA

No âmbito dêste Curso, cabia-me fazer referência mais demorada aos processos e métodos terapêuticos médicos. Quanto aos cirúrgicos, mencionei as suas indicações sem entrar em pormenores, mesmo porque a cirurgia gástrica é hoje praticada como verdadeira especialidade dentro da cirurgia geral.

Repetirei aqui que a terapêutica médica abrange uma série de medidas a serem empregadas simultaneamente, pois os melhores resultados decorrem sempre da hábil aplicação de várias.

Dieta. — Os regimes alimentares severos constituem excepções na clínica. Qualquer gastropata deve ser mantido o menos tempo possível em dieta rigorosa. O estômago, pelas suas funções relativamente simples, não reclamará, quando doente, aquelas dietas especiais de poupança, indicadas, por exemplo, nas afecções renais. Cumpre restabelecer, quanto antes, a via natural da alimentação do organismo, normalizando-se a passagem gástrica.

O jejum é indicado em casos especiais, a saber, na gastrite aguda, na vigência de hemorragias profusas, e na perfuração em peritônio livre enquanto se aguarda a intervenção cirúrgica. Afim de evitar a acidose e demais consequências do jejum prolongado, deve-se porém recorrer desde logo às injecções e entrocismas alimentares.

Afora êstes casos especiais, agudos, a dieta para doentes crônicos obedecerá ao princípio de rápida normalização do trabalho gástrico, a ser conseguida por um regime de repouso (decrecente) e, ao mesmo tempo, de estímulo (crescente). Para tanto a dieta é progressiva, dividida em 4 ou 5 períodos sucessivos, desde os alimentos brandos e pouco irritantes até um regime praticamente normal. (Lição III).

Quando se quer poupar o estômago ao máximo recomenda-se de início o regime lacteo, a que se acrescentarão logo depois os ovos, as sopas de cereais e legumes, os purés, os alimentos tenros e triturados etc., até a comida habitual. Assim se procede nos doentes de úlcera submetidos ao tratamento médico. Em outros casos, será dispensável indicar-se o regime com o uso exclusivo de leite, ou a duração e a sequência dos vários períodos sofrerão modificações (por exemplo, a um período rápido, de dias, haverá necessidade, para alguns doentes, de suceder um período que dure semanas). Todas estas alterações, ditadas pelas particularidades de cada caso, ficarão a critério do médico, que inteligentemente decidirá conforme as circunstâncias.

De modo geral pode-se dizer que a dieta nas gastropatias consiste ao mesmo tempo em: 1) poupar inicialmente o estômago; 2) restituir-lhe rápida e progressivamente a capacidade afetada; 3) restabelecer, por fim, a via alimentar. Êste tríplice objetivo parece demasiadamente complicado, mas, na realidade, será atingido pela simples observância de alguns princípios gerais. O que sobretudo amedronta muitos clínicos é a idéia de que cada doente deverá receber uma prescrição dietética minuciosa, marcando os alimentos proibidos e, dentre os recomendados, assinalando exatamente as quantidades e respectivo preparo culinário. Entretanto, *na grande maioria dos doentes do estômago bastarão as indicações dietéticas gerais* ao alcance de todo clínico.

No recente livro "Nervousness, Indigestion and Pain" de W. C. Alvarez, da Mayo Clinic, encontra-se no capítulo final o seguinte comentário: "A' medida que envelheço, cada vez menos prescrevo listas dietéticas. Há muito tempo, quando comecei os meus estudos de dietética, o assunto pareceu-me por demais complicado. Deparavam-se-me listas dietéticas para quasi todas as doenças, mas os autores não estavam de acôrdo, exceto quando, como era comum, haviam copiado do mesmo velho livro alemão, e raramente eu conseguia saber por que aprovavam um alimento e proibiam outro".

Estas palavras são oportunas também me nosso meio. Realmente, a dietoterapia das afecções gástricas afigura-se um espantalho na clínica. Todavia repito que, na grande maioria dos casos, bastará o conhecimento das linhas mestras do assunto.

Antes de fazer recomendações dietéticas, terá o médico de *indagar qual é o costumeiro modo de alimentação* do consultante. Ficará assim sabendo se há, nesse modo, vícios flagrantes: pouca comida, regime exclusivista, monótono e carente, abusos ou excessos na quantidade e tempêros, hábitos viciosos de fumo, bebidas alcoólicas, refeições apressadas, mastigação imperfeita, etc. Preliminarmente, tais defeitos serão apontados e reprimidos.

Indague-se também *como funcionam os intestinos*; a prisão de ventre, muito comum nos sofredores do estômago, é responsável quasi sempre pelas queixas de flatulência e desconforto abdominal; o uso de abundantes verduras e frutas, em vez de agravar, como temem os doentes, atenua aqueles incômodos; às vezes, a obstipação nos comedores frugais cede com a simples recomendação de comer bem, em quantidade, embora fracionadamente em mais vezes ao dia, pois "si não se põe carvão na máquina, não sai cinza".

Entendo que *não se deve alterar substancialmente o regime usual*, salvo se houver falhas enormes, mesmo porque o doente não aceitará ou não poderá seguir o conselho. Deve-se averiguar, isso sim, quais os alimentos ou modo de preparo que o doente já reparou não suportar bem; talvez ovos, para alguns; leite, certas frutas ácidas, para outros; êsses alimentos têm de ser naturalmente condenados, a menos que se trate de "suposta" intolerância ou "cisma".

Resolvidos os pontos preliminares, será fácil então ao clínico *prescrever como norma a alimentação variada, trivial* feita com o mínimo de tempêros inclusive sal de cozinha, *da qual serão excluídos taxativamente aqueles alimentos mal suportados, as frituras, os ácidos ou picantes, e as conservas*.

Os fundamentos destas noções estão justificados na Lição III. A experiência clínica dos meus leitores confirmará por certo que elas são suficientes para resolver a complicada (?) questão da dieta nas afecções crônicas do estômago.

Repouso. — Pouco importância se dá habitualmente ao repouso do espírito, como tratamento complementar das gastropatias. Mas isso é erroneo. As preocupações, o temor da própria doença, a agitação dos negócios, os aborrecimentos em casa ou na rua, a tristeza, a angústia, entim os desgastes nervosos e as emoções da vida quotidiana podem despertar ou agravar padecimentos gástricos, ou dificultar-lhes a cura. Ambiente calmo, tranquilidade de espírito, sono reparador, férias, recreações — tudo isso exerce, ao contrário, efeito sempre benéfico.

O repouso físico é igualmente útil. Na vigência de hemorragias e em outros estados graves agudos deve ser absoluto, na cama. No tratamento das úlceras e das gastrites agudas, o descanso no leito reforça notavelmente a ação de outras medidas terapêuticas.

Medicação. — De tantos medicamentos correntemente empregados, e às vezes illogicamente, são os chamados “alcalinos” os mais importantes. Constituem esse grupo numerosos medicamentos, que prefiro designar como “gastro-sedativos”, pois o efeito dêles não decorre simplesmente do seu poder neutralizante ou anti-ácido. Muitos até, como certos sais de sódio e de magnésio, excitam a secreção do estômago, após terem neutralizado passageiramente o meio ácido intragástrico.

Dentre os gastro-sedativos, recomendam-se hoje em dia os insolúveis, como o hidróxido de alumínio coloidal, o carbonato de cálcio, o carbonato de magnésio, o trisilicato de magnésio, a magnésia calcinada e o subcarbonato de bismuto. Todavia, o bicarbonato de sódio, de uso tão antigo, continua a ocupar seu lugar de destaque na lista dos gastro-sedativos.

Os medicamentos estimulantes, excito-secretores, aperitivos etc., desempenham um papel relativamente insignificante na clinica das afecções gástricas.

Quanto aos supletivos (ácido clorídrico, pepsina) recordarei que devem ser usados apenas em caso de comprovada deficiência secretora do estômago.

Fisioterapia. — O calor exerce efeito calmante e é empregado no tratamento das úlceras e das gastrites (bolsas de água quente na região epigástrica, cataplasmas, almofadas elétricas, diatermia).

O frio, sob a clássica forma de bolsa de gelo sobre o estômago, é recurso também usado nas hemorragias e nos casos agudos de reação peritoneal.

As cintas abdominais, geralmente muito incômodas, podem ser aconselhadas aos doentes que realmente experimentam bem estar com essa prática. Não tomo, por hábito, a iniciativa de recomendá-las, mas não as condeno quando o doente me pergunta se pode continuar a usá-las. Indivíduos emagrecidos que

apresentam “queda do estômago” colhem mais proveito com as curas de engorda do que com o uso de cintas.

As lavagens do estômago têm indicação restrita aos casos de estenose pilórica. Duchas “estomacais”, massagens, aplicações elétricas etc., fazem parte do grupo de processos hoje abandonados.

Ginástica e exercícios físicos moderados são medidas higiênicas recomendáveis pelos seus efeitos tônicos gerais nos organismos convalescentes.

Crenoterapia. — Aqui também, os fatores de ordem geral têm de ser levados à conta. Mudança de ambiente e de clima, vida ao ar livre etc., além das propriedades físico-químicas das águas medicinais, contribuem para os resultados terapêuticos. As estâncias européias são muito frequentadas, pois os doentes lá encontram especialistas, para consultas e orientação do tratamento, em hotéis organizados como sanatórios. Nestes estabelecimentos trabalham às vezes médicos de renome mundial, temporariamente contratados pelas empresas. Recordo-me de ter visto receituários impressos de grandes médicos alemães, que mencionavam: “durante os meses tais, dá consultas no Sanatório XX” em Carlsbad, Wiesbaden ou em outras afamadas estações de água.

Tratamento cirúrgico. — Os progressos verificados ultimamente na Cirurgia, com o aperfeiçoamento de técnicas e os rigorosos cuidados pré e pos-operatórios, alteraram fundamentalmente a idéia, que vigorava até há pouco, de se considerar o tratamento cirúrgico como um recurso extremo na terapêutica das gastropatias.

Úlcera Péptica. — As indicações do tratamento cirúrgico são, em resumo, as seguintes:

1. Nos casos de complicações, a saber: perfuração em peritônio livre, hemorragias maciças e repetidas, penetração em órgãos vizinhos com a formação de peri-viscerites e aderências, bem como nos casos de deformações permanentes (obstrução pilórica, estenose médio-gástrica, etc.).

2. No fracasso do tratamento médico rigoroso. Si a úlcera estiver localizada no duodeno, podem ser feitas várias tentativas médicas; mas si a localização fôr no estômago, a tendência atual é de não protelar demasiadamente o apelo à cirurgia.

3. Nos casos de sintomatologia muito molesta e grave, que não cede rapidamente ao tratamento médico.

4. Se fôr impraticável o tratamento médico à risca, por circunstâncias especiais, a serem analisadas criteriosamente em cada caso.

5. Se houver suspeita de malignidade do processo. Sempre que se tiver uma suspeita, com base razoável, de se tratar de um câncer gástrico, será preferível adotar-se a orientação cirúrgica. Tal suspeita pode estribar-se em dados mais ou menos numerosos (às vezes únicos) e ponderáveis. Ter-se-á em mente, nesses casos, que as vantagens oferecidas pela cirurgia, compensam de muito o risco que correrá o paciente com a operação em si, mesmo que fique comprovado finalmente tratar-se duma úlcera e não dum câncer. A confusão entre úlcera péptica localizada no estômago e câncer do estômago é fato impressionante que até hoje ocorre em pelo menos 10 % dos casos de úlcera gástrica na famosa Mayo Clinic.

Tumores. — Tanto os malignos como os benignos devem ser operados.

Gastrite. — As formas com hemorragias massiças repetidas e as que não cedem ao tratamento médico passam ao domínio da terapêutica cirúrgica, mesmo porque dão lugar a fundadas suspeitas de úlcera (veja-se item 2, acima).

A frequência das úlceras e dos tumores gástricos em clínica explica a importância que assumiu a Cirurgia para o tratamento das afecções do estômago.

PROGNÓSTICO

A' guisa de remate ao Curso, farei breves considerações a respeito do prognóstico geral das gastropatias. Depois de me referir a cada grupo de afecções e de assinalar as perspectivas do seu tratamento, repetirei finalmente alguns conselhos que sempre me pareceram úteis na prática.

Prognóstico geral. — Evidentemente, este varia ao extremo, de acôrdo com a afecção. Para o juízo prognóstico importa saber-se, antes de tudo, si a afecção é orgânica ou funcional. Ao 1.º grupo pertencem as úlceras, os tumores e as inflamações; ao 2.º, as dispepsias reflexas, inclusive a gastroneurose.

A intensidade do sofrimento não caracteriza por si só a gravidade da moléstia. Sintomas dolorosos e outras queixas alarmantes podem ocorrer também nas afecções benignas. Preliminarmente, portanto, cumpre reconhecer si o estômago está ou não lesado e qual a natureza da lesão.

Úlceras gastro-duodenais. — Aqui, o prognóstico diz respeito não somente à evolução do caso como ainda à ameaça de complicações.

A úlcera pode evoluir para a cicatrização, seja espontaneamente, seja por meio do tratamento adequado, mas pode também trazer complicações, como as hemorragias, a perfuração, e as es-

tenoses cicatriciais. Seguramente, a grande maioria dos casos termina favoravelmente, curados pelo tratamento clínico ou, no fracasso dêste, pela operação; nesse grande número estão os portadores de complicações que demandam intervenção cirúrgica. Resta, pois, um diminuto número de doentes, para os quais o auxílio da terapêutica será de pouco, nenhum valor: 1) doentes incuráveis ou não curados pelo tratamento médico e também inoperáveis; 2) os que não resistem à operação; 3) os que sucumbem às complicações fulminantes, de hemorragia ou perfuração.

Admitem alguns autores que somente 50 % dos casos de úlcera vão ter às mãos dos médicos; os outros 50 % curam-se espontaneamente, sem tratamento ou sob outros rótulos diagnósticos. Daqueles 50 % apenas 1 ou 2 não conseguem curar-se ou vêm a falecer da moléstia.

Conclusão consoladora, apoiada em estatísticas bem feitas, é a de que um paciente de úlcera duodenal tem probabilidade de vida praticamente igual à dos indivíduos da mesma idade e sem úlcera. Esta probabilidade é todavia menor para os que apresentam úlcera localizada no estômago, por ser mais propícia às complicações.

Tumores. — O prognóstico sombrio do câncer gástrico não foge à regra. A extirpação cirúrgica do estômago, nos casos mais felizes, condiciona uma sobrevivência de poucos anos.

Os tumores benignos estão sujeitos a complicações graves e frequentemente sofrem degeneração maligna. Não obstante, a gastrectomia realizada oportunamente proporcionará a cura definitiva.

Gastrite. — Os processos agudos regridem facilmente, quase todos, excepto os casos de gastrite flegmonosa, sempre gravíssimos mas felizmente raros.

A gastrite crônica tem prognóstico variável, de acôrdo com a sua etiologia. Uma vez extinta a causa determinante, bem assim os fatores que entretêm ou agravam a moléstia, a cura da gastrite será apenas uma questão de tempo. Os bons resultados são tanto mais prováveis e rápidos quanto mais rigoroso o tratamento médico. A intervenção cirúrgica, como na hipótese de úlcera, será indicada só nos casos especialmente graves e rebeldes.

Dispepsias funcionais. — Quando entretidas por afecções de outros órgãos, as quais podem ser afastadas, os padecimentos gástricos reflexos tendem a desaparecer rapidamente. "Sublata causa, tollitur effectus". E' o que acontece na apendicite crônica, na colite, na colecistite etc. Às vèzes, porém, a causa original não cede com facilidade ao tratamento ou êste não pode ser radical. Evidentemente, a dispepsia então continuará, como consequência inevitável.

Ao grupo das dispepsias funcionais crônicas mais rebeldes à terapêutica pertence a chamada dispepsia nervosa, descrita na lição XII. Entre nós, tais casos não são frequentes nos hospitais, pois em nosso meio, sabidamente, o público procura os hospitais só quando não tem outro recurso. Mas também — e aqui está o principal motivo — porque a dispepsia nervosa é um sofrimento crônico, compatível com o trabalho e portanto observado sobretudo nos doentes de consultório. Aliás, o começo insidioso e paulatino da maior parte das gastropatias explica ainda o fato de que as afecções do estômago sejam tão frequentes nos ambulatórios, muito mais do que nas enfermarias ou nos domicílios.

Estas razões sugerem-me alguns comentários finais que se aplicam à clínica em geral, mas principalmente à clínica de consultório.

Melhores resultados terapêuticos. — Curar é a finalidade. Obviamente, não há tratamento correto sem diagnóstico também correto.

Para reconhecer a moléstia, o médico terá paciência e argúcia, desde o primeiro contacto com o doente. O modo de êste se apresentar, a sua atitude, a exposição da queixa, as respostas ao interrogatório — tudo se reveste de importância. Muitas vezes, nos gastropatas, o sofrimento é complexo; o paciente declara “nem sei por onde principiar”; cabe então ao clínico fazer-lhe perguntas metódicas ou, no fim, apurar aquilo que efetivamente mais incomoda e é o motivo real da consulta.

Há doentes que parecem não saber, êles mesmos, porque procuraram o médico. Mas a explicação desta atitude paradoxal reside simplesmente no fato de o consultante não sentir-se à vontade para revelar conflitos íntimos, que êle próprio reconhece como causa original dos seus padecimentos. Qualquer doente poderá sentir-se constrangido pela presença de extranhos. A consulta é um colóquio, onde às vezes se debatem casos de consciência; em tais momentos, evite-se o grosseiro erro psicológico de anotar por escrito, deante da consulta, o segredo revelado quasi sempre envergonhadamente como a confissão de uma culpa. Nenhum cliente entra no consultório e vai logo se abrindo em confidências; comum é calar certos pormenores que constroem e “contar a sua história pela metade”.

Nada mais natural do que o empenho do médico em corresponder à confiança de quem vai consultá-lo. Ouvir atentamente, saber interrogar, fazer exame meticoloso e procurar finalmente compreender a situação do indivíduo vencido pelo sofrimento e, não raro, revoltado — eis algumas características do bom clínico, que “deve ser mais amigo do que juiz”.

Na prática, só se requisitam os exames subsidiários realmente indispensáveis.

Uma vez reunidos e analisados os elementos do diagnóstico, faz-se a indicação do tratamento. Mesmo nas situações mais dramáticas ou nas decisões urgentes, a atitude serena do médico representa o primeiro alívio para o doente e seus familiares.

Quando o caso não fôr cirúrgico, caberá planejar-se uma série de medidas, ajustadas, individualizadas, para o tratamento do doente e não da doença. Se a terapêutica consistisse apenas no emprêgo de específicos, não haveria necessidade de outros cuidados além do cálculo das doses. Mas, ainda não se chegou a tal progresso.

Na hipótese de tratamento demorado, a simplicidade das recomendações facilitará naturalmente sua execução. Em vez de complicadas prescrições a longo prazo, será preferível desdobrar-se o tratamento, alterando-o cada 2 ou 3 semanas conforme os resultados.

Procure-se conhecer a personalidade do doente. O bom clínico será necessariamente bom psicólogo, afim de saber despertar e pôr em jogo, ao mesmo tempo, as reações do corpo e do espírito. Nisso está a diferença entre a terapêutica humana e a veterinária.

Platão dizia que o médico não podia curar bem se não tivesse tido a doença. Com efeito, quando um de nós adoece aprende a distinguir e a dar valor a certas subtilezas no exercício profissional. O médico que se impõe ao cliente, pela bondade, paciência, tacto e segurança de ação, inspira mais confiança, ou ainda simpatia e amizade, porque êle dá a impressão de "sentir", como próprio, o estado de alma de quem sofre. Evidentemente, estas qualidades não se confundem com a preocupação de agradar o cliente a todo custo, com atitudes vulgares e interesseiras que maculam a dignidade profissional.

Médicos realmente instruídos fracassam na prática ou não são eficientes, pelo descaso a preceitos gerais como êstes que acabo de resumir. Outros médicos, ao contrário, com a simples observância de tais normas, conseguem melhores resultados terapêuticos. Agora e sempre.

Endereço: Rua Quintino Bocaiuva, 176 — S. Paulo

"Estudos Cirúrgicos" em 4 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Preço de cada volume Cr\$ 60,00

Pedidos ao autor — Caixa Postal 1574 — São Paulo

Torção do segmento íleo-ceco-cólico *

(VÓLVULO DO CECO)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Um motivo sempre há para que se venha a versar um determinado tema. No caso presente, esse motivo reside no registro de três doentes operados em nosso Serviço por serem portadores de uma entidade mórbida pouco encontradíssima e a que, entre nós, não se tem dispensado muita atenção — o chamado vólculo do ceco.

Deixemos para o final deste trabalho a referência aos dados que caracterizam esses três casos e comecemos com as considerações que nos foram suscitadas pelo estudo do assunto.

A denominação “volvo do ceco” causa estranheza aos que se atêm às boas regras de nomenclatura e à observância das convenções consagradas. Já a expressão “volvo” tem merecido terrenha crítica, por não encontrarem os entendidos uma correspondência razoável no latim, donde ela teria sido derivada, pois nessa língua-mãe não existe um substantivo que justifique a derivação “volvo” para as línguas neolatinas, “volvus” sendo o nome de uma planta. É certo que a idéia está expressa no verbo “volvo, volvis, volvi, volútum, volvere”, que significa volver, torcer, enrolar. Mas como daí fazer o nome vernáculo “volvo”? Fique o problema aos filólogos.

Os dicionaristas clássicos dão a “volvo” a mesma significação de “volvulo”, embora sendo este, na realidade, um diminutivo daquele substantivo. E explicam que quer dizer “cólica violenta, com movimentos antiperistálticos, fazendo volver as substâncias ingeridas”, o que Moraes assim define na sua linguagem destinada a ser bem compreendida por todos: “é uma inversão da natureza, pela qual os humores e excrementos, que haviam de sair pela parte inferior, mudam de via e, virados para a parte superior, vêm a sair pela boca pelo vômito”. Eis aí uma definição que se aplica a qualquer tipo de obstrução mecânica do intestino. Mas os dicionaristas médicos dão a “volvulo”, — e não se referem a “volvo” — uma definição bem diferente e de

* Conferência proferida na Associação Médica do Paraná em 5 de março de 1948.

acôrdo com o conceito do vocábulo na linguagem médica usual. Não se referem com propriedade à origem latina da palavra, dizendo-a derivada do verbo "volvere"; definem-na, porém, como obstrução intestinal por torção de uma alça em volta do seu mesentério (Cardenal) ou como "torção de um alça intestinal em redor do seu mesentério, donde resultam parada de expulsão de fezes e sintomas de oclusão intestinal" (Desesquelle e Niewenglowski).

Fiquemos com a definição dos dicionaristas médicos e, para não nos emaranharmos ainda mais, esqueçamos a lembrança de Cândido Figueiredo de que "volvulus" no baixo latim significava um certa espécie de rêde.

E, ficando com a definição médica, onde razão para classificar a torção do ceco entre os vólvulos? Si não há um meso-ceco que se torça sôbre si mesmo, teríamos licença para falar em vólculo do ceco? Demais, pode o ceco ser considerado como uma alça? Todas essas interrogações, cujas respostas facilmente nos acodem à mente sem dúvidas nem indecisões, conduzem a nossa opinião para a desaprovação à maneira como a entidade mórbida é designada. De fato, o ceco é uma espécie de excrescência localizada ao nível da passagem do intestino delgado para o intestino grosso. A corrente intestinal sofre ali como que uma estagnação numa formação diverticular que nada mais é do que a bolsa cecal, mas poderia passar diretamente do íleo terminal ao ascendente, numa continuidade que justificaria a denominação de alça para esses dois segmentos. Na realidade o ceco não tem meso, recebendo sua suplência sanguínea de ramos terminais da mesentérica superior e da cólica direita inferior. Mesmo nos casos de ceco fixo, há simples estado de coalescência em maior ou menor extensão, através da qual não recebe esse segmento a sua irrigação nutritiva. Não há, pois, como se justifique a expressão "vólculo do ceco".

Alegam, entretanto, os cirurgiões e anatomo-patologistas que a torção exclusiva do ceco nada mais é do que uma condição hipotética lembrada pelos expositores de gabinete, verificando-se na realidade uma torção que compreende não só o ceco como também parte do íleo terminal e parte dos colos da direita. E, nessas condições, haveria, de fato, a existência de uma alça iniciando-se com o íleo e terminando no ângulo hepático do colo, ou mesmo mais além, e que seria capaz de se torcer sôbre o seu meso primitivo persistente, parte do mesentério comum da vida embrionária. E foi por isso que Bernardo Dell'Oro propoz dizer-se "vólculo da alça íleo-ceco-cólica" para o chamado "vólculo do ceco", que considerou denominação inexata. E foi por isso que Wolfer, Beaton e Anson propuzeram dizer-se "vólculo do colo direito", esquecendo que o íleo terminal também participa do processo de torção.

Mas já vimos que, anatomicamente, o ceco não participa dessa pretensa alça. E, de regra, nem podia participar, pois "alça é nome dado a um órgão ou parte de órgão curvado em forma de alça". Ora, assim, não pode haver alça formada por dois ou mais órgãos. Uma alça composta seria singularidade na nomenclatura médica. Também é passível de crítica a denominação dada por Clagett e Miller de "vólculo da região ileo-cecal", pois que, além de excluir o ascendente, emprega a palavra "região", que se aplica a "qualquer parte especial do corpo, usualmente delimitada por linhas arbitrárias", na definição de Dorland, e que quando usada em relação aos órgãos da cavidade abdominal, geralmente exprime a idéia de abranger formações anatómicas das vizinhanças (exemplo: "região do apêndice" não é somente o próprio apêndice, mas todo o ambiente em que se encontra o apêndice). Por isso tudo, a denominação de Bernardo dell'Oro, bem como a de Benzadon e Vorobioff, que já substitue a palavra "vólculo" por "torção", será mais apropriada si substituirmos a palavra "alça" pelo vocábulo "segmento", dizendo "torção do segmento ileo-ceco-cólico". Desse modo não mais fugiremos à verdade anatómica a que fugimos chamando de alça uma formação complexa que não é alça, e estaremos bem dentro da objetivação que a clareza de expressões impõe dizendo de um modo geral "segmento ileo-ceco-cólico" para uma porção do tubo intestinal cuja extensão não é delimitada com precisão pelas contingências variáveis do processo patológico, que ora atinge uma pequena parte do ileo terminal, ora alcança total, ora parcialmente o colo ascendente e ora também compromete parte do colo transverso. E', pois, uma denominação adequada. Digamos, portanto, "torção do segmento ileo-ceco-cólico".

Assim justificado o título que demos a este trabalhinho, passemos a resumir os conhecimentos sobre o assunto.

E' desnecessário acentuar que para poder haver torção do segmento em questão é preciso que ele tenha plena liberdade de movimentos dentro da cavidade abdominal. E para que isso aconteça é preciso que tenha havido alguma perturbação do desenvolvimento normal do intestino. Todos sabemos que a alça intestinal primitiva, na sua rotação da esquerda para a direita, joga o divertículo cecal para o flanco direito, donde ele desce para a fossa ilíaca direita, dando-se a fixação do segmento por coalescência da face esquerda correspondente do mesentério primitivo à parede posterior do abdome. Ora, quando essa coalescência não se processa totalmente, resulta um grão mais ou menos extenso de mobilidade do segmento em questão e a possibilidade maior ou menor de sua torção.

Em estudo feito em 125 cadáveres não selecionados, Wolfer, Beaton e Anson verificaram que em 4,8 % havia completa mobilidade do segmento ileo-ceco-cólico e em outros 6,4 % quasi todo

o ascendente participava de plena mobilidade, concluindo que em 11,2 % dos indivíduos a torção é perfeitamente possível. Tais verificações foram concordes com as de Wandel (1903), que em 640 cadáveres encontrou 66 vezes (10,3 %) um ceco movel, capaz de se dobrar, torcer e deslocar. Entretanto, diante de tamanha possibilidade condicionada por essa circunstância anatômica indispensável, Wolfer, Beaton e Anson apenas encontraram na literatura internacional cerca de 304 casos publicados até 1942. Sua pesquisa bibliográfica foi, sem dúvida, incompleta. Correndo as publicações feitas desde a primeira observação que se costuma citar e que foi a de Rokitansky em 1841 e desde o trabalho clássico de Zaege-Manteuffel no Congresso Alemão de Cirurgia de 1898 até as estatísticas coligidas por vários autores nas primeiras décadas do século presente (Faltin, 79 casos até 1902, Ekehorn 92 até 1904, Bundschun 110 até 1913, Zavaleta 60 de 1920 a 1938, Kunz 155 até 1928, Podlaha 168 até 1929, Vivando 132 até 1939), realmente não parecem muito numerosas as comunicações sobre o assunto, mas só nestes últimos dez anos muitos trabalhos têm vindo à luz, alguns com revisão do fichário de serviços cirúrgicos, evidenciando apreciável número de casos registrados, de sorte que, si se for fazer, hoje, nova revisão da literatura, hade-se contar algumas centenas de casos, atingindo eles, talvez, a casa do milhar.

Mas ainda assim haverá nítida desproporção entre o n.º de casos registrados e a possibilidade de torção, tanto mais que se deve levar em conta que a fixação do colo direito progride até o 4.º mês depois do nascimento (Harvey) e, no entanto, muito raros são os casos de torção assinalados na primeira infância (citam-se como raridade casos aos 4 dias (Borow), aos 9 dias de idade (Duval) aos 4 anos (Fauteux) e outros; em um dos nossos casos, a criança tinha apenas 2 anos de idade).

E' que condições outras intervêm no mecanismo de torção do segmento íleo-ceco-cólico. Consideram-se como circunstâncias importantes a dilatação do ceco concomitante a um relativo estreitamento do ascendente ou da porção direita do transverso justamente ao nível de bridas condicionadas pela parada de coalescência do segmento. Mas, além dessas condições anatômicas, outra de origem fisiopatológica e quicá delas dependente, deve intervir no mecanismo de torção: a estase cecal, retendo apreciável quantidade de materia fecal e produzindo um apreciável aumento no peso do conteúdo dessa parte do intestino.

Ora, já vimos que o ceco é um verdadeiro divertículo da alça intestinal primitiva e assim considerado pelos embriologistas; pois bem, essa exuberância que persiste na idade adulta, como um verdadeiro saco flutuante nos casos em que a torção é possível, pode, por seu conteúdo, aumentar consideravelmente de peso, contribuindo para a distensão e estreitamento do ascendente, com o que

se crea uma figura referível à da pera ou a do abacate, com um fundo muito mais amplo de que o colo que será sede de uma possível torção. Hausmann assinala a existência de verdadeiros megacecos que se formariam à custa de acidentes passageiros de torção incompleta. A sua observação fala em favor do nosso ponto de vista: uma tiflatonia determina o acúmulo de matéria fecal, com aumento considerável do peso do conteúdo do pêndulo cecal, que, assim, obedeceria com facilidade às solicitações para a torção.

Isto tudo é, ainda, uma simples contingência patológica em potencial. É necessário que sobrevenha, então, um fator desencadeante para que a torção se processe. Muitas têm sido as circunstâncias apontadas como fator desencadeante: o esforço da defecação, o vômito, um traumatismo, a existência de hérnias, as migrações do útero na gravidez e no puerpério, o hiperperistaltismo, uma ingestão frugal de alimentos, a natureza mesma dos alimentos ingeridos em grande quantidade, a administração de um purgativo forte e até a mudança brusca de temperatura sobre a parede abdominal. Mas também há casos que se manifestaram durante o sono (caso de Stelzer) e 3 casos no posoperatório imediato (Lefrançois).

A movimentação abrupta do segmento balouçante poderia redundar em torção, sobre uma polia constituída por bridas, pela própria linha de parada de coalescência do colo direito, pela porção terminal fixa no íleo, senão mesmo por elementos estranhos, como o pedículo alongado de uma ciste do ovário (caso de Bernardo Dell'Oro).

A torção tanto pode-se dar da direita para a esquerda como da esquerda para a direita e nestes casos o segmento torcido pode-se insinuar pelo hiato de Winslow, como observaram Haxton e Ogilvie.

Na opinião de Gatellier, quando a torção não ultrapassa os 90°, poucos ou nulas são as suas conseqüências; e mesmo quando atingem os 180° e às vezes até os 270°, nem sempre produzem a estrangulação; é a partir dos 360°, isto é: de uma volta completa, que os grandes acidentes agudos sobrevêm.

Como se depreende de toda essa exposição, fatores variados e complexos condicionam a torção do segmento íleo-ceco-cólico e é por isso que a ocorrência não se regista com frequência.

Comparando a sua incidência com a da torção da sigmoide e a do delgado, ver-se-á que se opera em porcentagem relativamente baixa. Lenormant (1929) encontrou-a em 3,4 % dos casos de obstrução intestinal; Jacobsen (1924), em 11,6 %; Pratt e Falis (1927) avaliam-na em 5 a 6%; Sweet assinalou-a em apenas 1,2 % de 520 casos de obstrução intestinal; Jung e colaboradores (1947) contaram somente 6 casos em 520 obstruções intestinais agudas registradas durante 57 anos no hospital em que

trabalham, isto é: uma incidência de 1,15 %, percentagem quasi igual (1,4) à do Touro Infirmary de New Orleans e à do Faulkner Hospital (3 em 218 durante dez anos), que também é de 1,4, número esse exatamente verificado na estatística de Browne e McHardy (1942) num total de 411 casos de obstrução intestinal aguda; na Clínica Mayo, Miller e Clagett (1940) encontraram 1 caso para 136 de obstrução aguda. Entretanto, Guibe havia contado 49 casos em 471 vólculos, o que dá uma percentagem de 10,5 e, mais recentemente, Rothman e Bruckner (1943) encontraram 6 casos num total de 150 obstruções intestinais, o que dá uma percentagem de 4. E Hamilton Bailey acredita que na Inglaterra a torção do ceco é mais frequente que o vólculo do sigmóide.

A torção do segmento ileo-ceco-cólico é ligeiramente mais frequente no homem do que na mulher (4 mulheres para 6 homens, aproximadamente) e pode ocorrer em qualquer período da vida, desde os 4 dias (caso de Borow) até os anos mais avançados, mas geralmente se verifica durante a terceira e a quarta décadas da existência.

A sintomatologia clínica se confunde com a de qualquer obstrução intestinal baixa: cólicas intermitentes, distensão abdominal, defesa da parede, vômitos, estado ansioso, parada mais ou menos tardia da expulsão de fezes e gases, alterações variáveis do pulso e da temperatura, fenômenos de antiperistaltismo, aparecimento de tumor timpânico mais ou menos bem delimitado, sinais esses que se manifestam concomitantemente ou sucessivamente nos três primeiros dias do acidente de torção, constituindo a fase inicial da moléstia.

Sobrevem em seguida uma segunda fase de acalmia, a fase atônica de Cavaillon, que sucede à fase tônica inicial e em que as fibras lisas do intestino lasceiam, deixando de reagir na luta contra o obstáculo da torção. E' uma fase enganadora de aparente melhora do doente, pois as cólicas se espaçam ou desaparecem de todo e o estado geral parece entrar em caminho de restauração. Pode-se, porém, delimitar então, com mais facilidade, um tumor localizado, com ou sem movimentos peristálticos nas vizinhanças, situado geralmente acima e à esquerda do umbigo — sinal de von Wahl, cujo valor Moragas recentemente salientou, lembrando que nem sempre é possível ver-se o bombeamento supraumbilical transversal doloroso provocado pelo segmento distendido (sinal de Manteuffel), bem como às vezes não se observa a assimetria abdominal que constitue o sinal de Bayer.

Mas logo sobrevem uma terceira fase, a fase tóxica, em que predominam os fenômenos gerais de endotoxiose, com sinais de miocardite, dispnéia, falência circulatória, acentuação do ileo, aparecimento de derrame peritoneal e marcha rápida para o êxito letal. E' certo que nem sempre se pode estabelecer um limite nítido

de passagem de uma fase para outra e que as vzes elas se precipitam e se superpõem nas suas manifestações clínicas. Assim, nem sempre o doente suporta seis ou oito dias de moléstia, tendo-se registado casos de morte precoce, até com cinco horas de toro, como no caso de Valentine e Kinnear (1937).

O diagnóstico  difícil de fazer-se e comumente s  positivado na mesa de operação. Embora Vivando só tenha encontrado 5 casos de diagnóstico prévio nos 132 de sua revisão da literatura, e Hausmann 8 em 45 casos, muitos autores têm registado, no geral depois da observação de um ou mais casos, o diagnóstico preoperatrio exato, mas, no geral, o que se faz  o diagnóstico de obstrução intestinal, tendo sido algumas vzes lembrado o de toro de ciste do ovário. E como causas da obstrução as que mais acodem  mente dos clínicos são o cancer, as bridas, a invaginação intestinal, o ileo bilirio. Faltin apresenta uma triade de sinais para o diagnóstico tardio da toro do segmento ileo-ceco-cólico: 1, antecedentes de cólicas intestinais que se acalmam com mudança de posição do doente; 2, , diminuição das dôres no terceiro dia; 3, o sinal de van Wahl. A conduta de Mondor  orientada em três etapas: 1, fazer o diagnóstico de obstrução intestinal; 2, verificar si se trata de uma toro; e 3, verificar si essa toro  do segmento em que está o ceco.

Deve-se ter em mente que, em casos raros, a toro múltipla, de vários segmentos do tubo intestinal, tem sido assinalada por Cohn, Aigrot, Syring, Billroth, Kaiser e Spatolisano.

A radiologia pode ser de utilidade para o diagnóstico. E' sabido que mesmo chapas simples podem dar indicações preciosas e que a administração do contraste por via oral ou por via retal muita vez pode ser utilizada com real proveito. Entre outros sinais radiológicos apontados como encontradies na toro do segmento ileo-ceco-cólico, cumpre assinalar: a) a inversão da imagem do ceco, aparecendo o seu fundo voltado para cima; b) fossa iliaca direita desabitada ou ocupada por alças do delgado; c) as incisuras da mucosa não se mostram transversais, mas oblíquas; d) os contornos da parte distendida são nítidos e retilíneos na parte em declive, como que feitos a tirinha (Ferreira); e) projecção do ileo sôbre o colo fra da incidência normal; f) localização do tumor no hipocôndrio esquerdo, na região umbilical, sob o grande reto do abdmen  direita e mesmo na fossa iliaca esquerda; g) duplo contorno da imagem do ceco-ascendente (Vorobioff e Werbin).

Del Campo assinala que o clister baritado pode penetrar no segmento torcido, o que indica que "a obstrução da luz intestinal, mesmo nos vlvulos agudos, pode não ser completa, no sentido anatmico". Entretanto, Easton e Adams descrevem um novo sinal radiológico de toro do segmento ileo-ceco-cólico  que consiste na parada do clister baritado antes de atingir o ceco,

emquanto que este se delinea pelo conteúdo gazoso, mostrando-se ao nível da linha branca ou ligeiramente à direita.

Holubec acredita que uma chapa radiográfica de perfil pode confirmar o diagnóstico.

As modificações do hemograma não foram ainda apreciadas à luz de estatísticas. Tem-se verificado a elevação da taxa de uréia no sangue. A cloropenia é a regra. O hematócrito mostra hemoc concentração.

Sem dúvida que a torção do segmento ileo-ceco-cólico é contingência que impõe intervenção imediata, respeitado o período necessário para o preparo preoperatório. Quando o cirurgião encontra um intestino de paredes íntegras, com circulação suficiente, a conduta indicada é a destorção seguida de fixação do ceco na fossa ilíaca direita por meio de pontos separados que unem as faixas longitudinais da víscera ao peritôneo parietal, pontos esses que podem ser de material inabsorvível (seda ou fio de algodão) ou mesmo catgute simples ou cromado, segundo a preferência do cirurgião, sendo digno de anotar-se que, de regra, facilmente se estabelecem aderências a esse nível e que a literatura médica não consigna casos de torção recidivante em casos em que se fizera a fixação do ceco. Há autores modernos, como Gardiner (1947) que assinalam a possibilidade de uma conduta ultrasimplista, e a nosso ver pouco aconselhável, que consiste na destorção sem fixação.

Acontece, às vezes, que a operação é feita tardiamente, quando a porção torcida já apresenta sinais de necrose da parede ou de acentuada deficiência circulatória. Si ainda há probabilidade de um tratamento conservador, acreditando-se na viabilidade do segmento torcido, aconselha-se fazer a apendicostomia ou a tíflostomia, recurso esse que também é recomendável nos casos de integridade da parede intestinal mas em que há grande comprometimento do estado geral, atonia do delgado ou grande retenção de matéria fecal. A derivação externa pode ser, então, de grande valia, embora prolongue de muito o período posoperatório.

Nos casos de lesões mais adiantadas, alguns aconselham a exteriorização do segmento torcido, para posterior ressecção, — método antiquado mas que ainda recentemente deu resultados satisfatórios nas mãos de Miller e Claggett (1940).

Finalmente alguns têm feito a hemicolectomia direita, com boa percentagem de sucessos — u'a média de 42 % em 50 casos — o que realmente é satisfatório, diante da gravidade manifesta de tal emergência. Chesterman acentua que na torção do segmento em que está o ceco ha o único tipo de gangrena obstrutiva do intestino grosso em que a ressecção pode dar os bons resultados esperados. Confirmam esse ponto de vista os dois casos da estatística pessoal de Gardiner. A nosso ver, o sucesso da ressec-

ção em tais casos reside num detalhe anatômico: nas alças torcidas, o sistema circulatório é apanhado em meio de seu desenvolvimento, de sorte que a sua interrupção definitiva agrava, forçosamente, as consequências já perceptíveis à juzante, não só na corrente sanguínea centrífuga mas também na centrípeta. Entretanto, aqui no segmento íleo-ceco-cólico, a irrigação se faz por um sistema terminal através das últimas ramificações da artéria cólica direita, e o sangue venoso também é somente o que se forma ao nível da zona torcida, não havendo veias que recebam sangue de regiões não atingidas pelo processo de torção. Assim, a hemicolecotomia direita, compreendendo os últimos dez ou doze centímetros do íleo — até aonde chega a irrigação da cólica direita — é muito melhor suportada pelo organismo do que a ressecção de qualquer alça torcida. E' como nos casos de esmagamento dos membros em que um torniquete paralisa a circulação às vezes por muitas horas, sendo necessária uma amputação ampla para evitar-se o choque decorrente da volta à circulação de um sangue venoso alterado pela estagnação. Aqui, num segmento já com lesões gangrenosas, a simples destorção permitiria a entrada na grande circulação de elementos intoxicantes, em quanto que a ressecção eliminaria essa possibilidade sem acarretar a menor perturbação no sistema circulatório dos tecidos indenes das vizinhanças. Demais, deve-se levar em conta, como acentua Gardiner, que é muito fácil a execução de uma hemicolecotomia direita nos nossos casos de mobilidade do segmento íleo-ceco-cólico.

A anestesia de eleição para Moragas, é a raqueana, por provocar o hiperperistaltismo intestinal; entretanto, ela não é aconselhável na terceira fase do acidente de torção, quando predominam os fenômenos tóxicos.

Vejamos agora os característicos essenciais dos três casos por nós observados:

CASO 1.º — M. M. C., 74 anos e meio, sexo feminino, viúva, branca, brasileira, residente nesta capital. A 14 de maio de 1940, começou a sentir dores no ventre e fez, à noitinha, uma lavagem intestinal, que não lhe aliviou os sofrimentos; ao contrário, durante a noite de 14 para 15 de maio teve violenta cólica, amanhecendo com o ventre distendido e doloroso. Ficou acamada e, como não melhorasse, na tarde do dia seguinte chamou o médico da família, que encontrou o ventre abaulado e doloroso, advertindo os filhos da gravidade do caso. Como o quadro abdominal permanecesse sem alterações, no dia seguinte, 17 de maio, pediu a presença de um cirurgião, certo de que se tratava de um caso de obstrução intestinal. Foi então que a vimos em casa, na fase de acalmia das dores intestinais espontâneas. A palpação do ventre provocava espasmos dolorosos, mas podia-se delimitar perfeitamente um tumor timpânico, volumoso, de contornos arredondados, doloroso, situado na porção média do abdome. Pensamos na possibilidade de um vólculo da alça sigmoide, num caso de dólculo-megasigma. Dadas as condições gerais da doente mais ou menos satisfatórias com relação à sua idade avançada, tentámos a destorção da alça presumi-

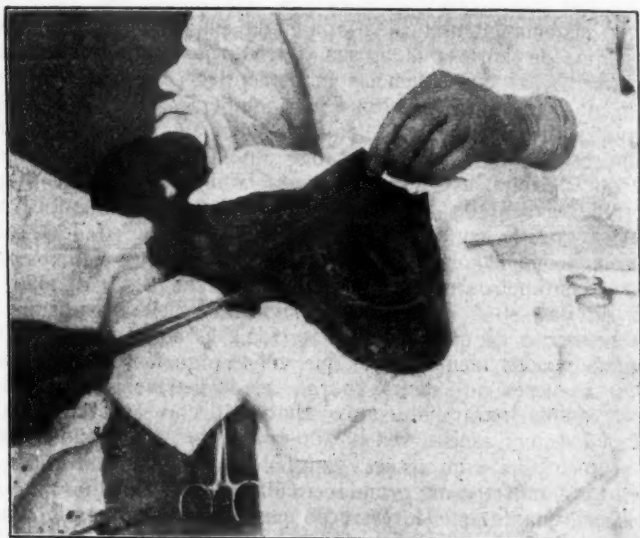


Fig. 1 — Caso 1 — M. C. — Aspecto do ceco depois de exvasiado e destorcido; para se avaliar a sua enorme dilatação, compare-se o seu tamanho com o da mão do cirurgião; o apêndice aparece reparado por uma pinça

velmente torcida, mandando administrar uma lavagem intestinal com água de azeitona, seguida de uma injeção endovenosa de soro cloretado hipertônico. No dia seguinte, 18 de maio, visitamos novamente a enferma, verificando que a terapêutica não tinha produzido os desejados resultados e que o quadro intestinal estava a requerer uma intervenção cirúrgica. Pedimos, pois, a remoção da doente para um hospital. Internada no quarto 87 do Sanatório Santa Catarina, procedemos a exames radiológicos e administramos a medicação preoperatória que o caso exigia. O resultado das chapas radiográficas confirmou o diagnóstico de obstrução intestinal, mas mostrou que o contraste administrado por meio de clister franqueou a alça sigmoide, subiu pelo descendente e foi parar no transverso; do lado direito dos segmentos cólicos contrastados, evidenciou-se uma grande camara de ar, correspondente ao tumor palpável.

Já com sinais de toxicose, a doente foi levada à mesa operatória na manhã de 20 de maio de 1940. Operação n.º 8.136, sob anestesia local com novocaina a 1 %. Operador e anestesista, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. João Noel von Sonnleithner. Aberto o ventre por incisão vertical transretal direita, verificou-se a existência de um volumoso tumor timpânico, de paredes delgadas e constituídas principalmente pelo ceco, que se torcera, arrastando os últimos centímetros do íleo, todo o ascendente e a primeira porção do transverso. Introduzimos no tumor um pequeno trocate, por intermédio do qual exvasiamos o seu conteúdo gazoso e parte do seu conteúdo de fezes semilíquidas. Isso feito, pudemos realizar a destorção, verificando então a enorme dilatação do divertículo cecal. Como estivesse íntegra a circulação, não havendo zonas de isquemia ou de necrose e dados o estado geral e a idade avançada da paciente, resol-

vemos fazer uma tífloplasticatura sguida de fixação do ceco na fossa iliaca direita. A parede foi fechada por planos, sem drenagem da cavidade abdominal. Para não agravar o ato cirurgico, não se fez a extirpação do apêndice, que não apresentava sinais macroscópicos de inflamação aguda.

Apesar da medicação posoperatória e dos cuidados que a doente mereceu, o êxito letal deu-se por toxicose às 17 horas de 24 de maio, portanto no 5.º dia da intervenção.

CASO 2.º — W. B., 2 anos, sexo masculino, branco, brasileiro, residente em São Caetano. No dia 12 de novembro de 1940, às 10 horas, começou a se queixar de dor no abdome, que diminuiu sob a administração de um clister. No dia seguinte, ao meio dia, começou a vomitar e os pais levaram ao dr. Souza Voto, que palpou um tumor no hipocôndrio esquerdo, indicando intervenção imediata, sob a suspeita de invaginação intestinal, em virtude de o doentinho ter tido uma evacuação de fezes ligeiramente sanguinolentas. Nessa mesma tarde foi o pequeno internado no Sanatório São Lucas e ali submetido a um exame radiológico, mediante clister baritado. O contraste não passou para o lado direito, assinalando-se a sua parada ao nível do tumor palpavel no hipocôndrio esquerdo, onde se projeta uma sombra aerea transversa que ultrapassa a linha mediana extendendo-se para o lado direito. A imagem radiológica não era semelhante às que se observam nas invaginações intestinais. Diante de tais elementos, foi resolvida uma intervenção imediata, sob narcose pelo Balsoformio, administrada pelo dr. Paulo Bresasn. A operação n.º 8.531; Cirurgião, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. Souza Voto. Incisão transretal à esquerda. Abertura da



Fig. 2 — Caso 1 — M. C. — Aspecto radiológico sob a pressão do clister baritado, cuja parada se deu nas proximidades do ângulo hepático do transverso

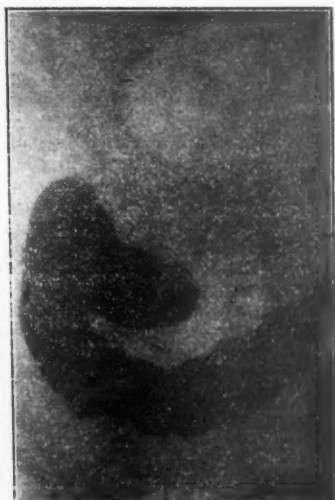


Fig. 3 — Caso 1 — M. C. — Detalhe do enchimento do colo transverso pelo clister baritado sob pressão, verificando-se que há um doílocolo transverso e que o contraste para antes de atingir o seu ângulo hepático



Fig. 4 — Caso 1 — M. C. — Depois exvasiamento parcial dos colos pela evacuação do meio de contraste, verifica-se que o tumor gazoso comprime o transverso para baixo e para a esquerda



Fig. 5 — Caso 2 — W. B. — O clister baritado encheu as últimas porções do colo, parando ao nível do ângulo esplênico do transverso, em contacto com u'a imagem aérea bem delimitada e ultrapassando a linha mediana para o lado direito

parede por planos. Verificou-se franca mobilidade de todos os colos, podendo ser facilmente exteriorizados os ângulos esplênico e hepático, bem como o ascendente e o ceco, sendo que estes tinham suas paredes edemaciadas em virtude de torção que foi facilmente desfeita. O segmento ceco-ascendente tinha um meso alongado e igualmente edemaciado acima da linha de torção. O apêndice estava aderente, em posição ascendente; foi isolado e extirpado, fazendo-se a invaginação do coto por sutura em bolsa. Fixação do ceco, por pontos separados, à parede anterior do abdome, ao nível da fossa ilíaca direita. Fechamento da cavidade por planos. Agraíes na pele.

No dia 18, ao serem removidos os primeiros agraíes, o menino fez esforço e deu-se a deiscência de toda a sutura, com evisceração ampla das alças do delgado. Foi feita proteção imediata e o doentinho levado à mesa operatória. Operação n.º 8.540 em 17 de novembro de 1940, sob narcose com Blasoformio administrada pelo dr. Saldanha Faria. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. João Noel von Sonnenleithner. Após assepsia do campo operatório, fez-se a sutura dos vários planos da parede, prévia aspersão de eter nas alças evisceradas, seguida da colocação de soro anticoli-perfringens e electrargol na cavidade. Não se deixou drenagem. Seda e agraíes na pele.

Decurso posoperatório sem novos acidentes. Retirada dos pontos de seda e alta hospitalar no dia 29 de novembro de 1940.

NOTA: — E' curioso assinalar que, justamente num caso de torção do segmento íleo-ceco-cólico, Charles Lefrançois observou um acidente semelhante de deiscência de sutura da parede e evisceração sem maiores

consequências. Tratava-se de um pleurítico de 62 anos de idade, que, removidos os pontos cutâneos no 11.º dia, teve um acesso de tosse no 12.º dia, dando-se então o acidente; o abdomen foi então drenado e houve pequena supuração.

CASO 3.º — J. P. L., 66 anos, viuvo, sexo masculino, branco, brasileiro, comerciante, residente em Prainha, neste Estado. Já de 20 anos que vem sofrendo de perturbações gástricas: peso no epigástrico, asia frequente, dores periódicas, sialorreia, intolerância para certos alimentos. Um exame radiológico, feito a tempos, evidenciou a existência de uma úlcera duodenal e apêndice cecal sem sinais de lesão.

Internado no Sanatório São Lucas a 13 de junho de 1941, contava que a 6 dias notára a formação de "uma bola" dolorida no flanco direito, acompanhada de cólicas mais ou menos fortes e ânsias de vômito. Fora obrigado a manter-se dois dias acamado, durante os quais sentia pontadas no flanco esquerdo e percebia movimentos de gases no ventre, ouvindo ruídos, que provocavam dores. Não tivera vômitos. Sentindo-se melhor, resolvera vir a São Paulo, temendo a repetição da crise. Anteriormente, já de muito era obrigado a utilizar-se de clisteres quasi diariamente, em virtude de prisão de ventre rebelde. Apresentava um ceco volumoso e movel. Ponto de McBurney positivo. Não tinha vascoejamento gástrico. Pressão arterial: Mx. 170 e mm. 105. Sopros sistolicos propagando-se para a ponta. Doente emagrecido. Estado geral sofrivel. Operação n.º 9.017 em 14 de junho de 1941, sob raqueanestesia com Scurcaina a 5 %, injetando 2,5 cc após retirada de 3 cc de liquor. Operador: dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. Paulo G. Gressan. Incisão paramediana pararretal interna à direita. Aberto o peritôneo, verificou-se a existência de aderências sobre o bulbo duodenal, onde havia sinais de úlcera. Vesícula de aspecto normal. Ceco movel, facilmente exteriorizado. Ao nível da última porção do ileo e do ascendente, existencia de uma linha de retração denunciando torção pregressa do segmento. Apendicectomia com invaginação do coto. Fixação do ceco à parede profunda do abdome, por pontos separados, de categute. Fechamento da cavidade por planos. Agrafos na pele. Decurso posoperatório sem anormalidades. Noticias recentes informam que o doente nunca mais teve crise abdominal aguda e vai suportando bem o sofrimento decorrente de sua úlcera duodenal.

AUTORES CONSULTADOS

- BAILEY (Hamilton): "Emergency Surgery", 3.ª edição, 211, Londres, 1938.
- BENZANDON (J.) e VOROBIOFF (S.): Vólculo del ciego (flexion del ansa ileoceco-cólica", Revista Médica de Rosário, XXXV, 187, março de 1945.
- BROWN (D. C.) e MCHARDY (G.): "Acute and chronic cecal volvulus", Am. Journ. Digestive Diseases, IX, 177, resumido em The Journ. Am. Med. Ass. CXIX, 1134, 1 de agosto de 1942.
- CIFARELLI (Francisco) e SANT'ANGELO (Enrique): "Vólculo crônico del ciego" Rev. Med. de Rosário, XXXIII, 322, abril de 1943.
- DEL CAMPO (Juan): "Vólculo del ciego", Arch. Urug. Med. Cir. Espc., XXV, 199, agosto de 1944.
- DELL'ORO (Bernardo): "Un caso de oclusión intestinal poco común", Bol. Soc. Cir. Rosário, I, 230, julho de 1934.
- DELL'ORO (Bernardo) e GORIA (Victor): "Un caso de oclusión intestinal por vólculo del ciego", Bol. Soc. Cir. Rosário, IV, 15, 1937.
- DUVAL (P.) e GATELLIER (J.): "Tratado de Patologia Quirúrgica 3.ª ed. espanhola, IV, 613, Barcelona, 1934.

- EASTON (Edward R.) e ADAMS (Joel E.): "Incipient volvulus of the cecum associated with left-sided colon", *Surgery* 1, 920, Junho de 1937.
- ETCHART (Gerônimo Carlos): "Volvulus del ciego por torsion", *Bol. Soc. Cir. Rosário*, 1, 238, julho de 1934.
- FERREIRA: "Volvulus del ileo-ceco-ascendente", *Bol. Soc. Argentina de Cirujanos*, VIII, 56, 28 de abril de 1948.
- GARDINER (Ralph H.): "Volvulus of the caecum", *British Med. Journ.*, n.º 4489, 83, 18 de janeiro de 1947.
- INGELFINGER (Franz J.): "Intermitent volvulus of the mobile cecum", *Arch. of Surgery*, XLV, 156, julho de 1942.
- LEFRANÇOIS (Charles): "Volvulus of the cecum as a postoperative complication, *L'Union Med. Canada*, LXXI, 159, fevereiro de 1942, resumido em *Intrn. Sur. Digest.*, XXXIII, 308, maio de 1942.
- MELCHIOR (Edouard): "Contribuciones a la cirugía del colon", *La Prensa Med. Argentina*, XXX, 1108, 16 de junho de 1943.
- MILLER (J. M.) e CLAGETT (O. T.): "Volvulus of the ileocecal region", *Proc. of Meetings of the Mayo Clinic*, XV, 424, 3 de julho de 1940.
- MORAGOS (A. Reventós): "Vólvulo agudo del ciego", *Anales de Med. y Cir.*, Barcelona, XXII, 14, julho de 1947.
- PENIN (Raul Pedro): "Volvulus del ileo-ceco-ascendente", *Rev. de la Assoc. Med. Argentina*, LXI, 479, 30 de junho de 1947.
- PETHER (G. C.): "Volvulus of the caecum", *British Med. Journ.*, n.º 4504, 617, 3 de maio de 1947.
- PIERINI (Alfredo): "A proposito de volvulus del ceco-ascendente", *Bol. Soc. Argentina de Cirujanos*, VIII, 102, 19 de maio de 1947.
- ROTHMAN (Milton) e BRUCKNER (John): "Vólvulo of the cecum and ascending colon", *Am. Journ. of Surgery*, LX, 292, maio de 1943.
- SERRA (Antonio) e LAVENIA (Vicente): "Vólvulo del ciego", *Rev. Med. y Ciencias Afines*, VII, 144, 30 de abril de 1945.
- SPATOLISANO (Bruno): "Triplice oclusione intestinale combinata da volvulo del ceco e da Strozamento reciproco del tenue e del colon", *Clinica-Chirurgica*, XVI, 493, julho-agosto de 1940.
- STELZER (Carlos): "Vólvulo agudo del ciego", *Bol. Soc. Cir. Rosário*, VIII, 221, agosto de 1941.
- VIVANDO (A.): "Vólvulo agudo del ciego", *resumo em Arch. Argentinos de Enferm. del Apar. Digestivo y Nutricion*, XVI, 338, fevereiro-março de 1941.
- VOROBIOFF (Salomon) e WEBBIN (Manuel): "Consideraciones clinicorradiológicas acerca de la torsion del ansa ileocecólica", *Rev. Med. de Rosário*, XXXV, 581, julho de 1945.
- WOLFER (John), BEATON (Lindsay) e ANSON (Barry): "Volvulus of the cecum", *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, LXXIV, 882, abril de 1942.
- ZAVALETA (Diego), PERAZZO (Gabriel) e ARTUSO (Carlos): "Vólvulo agudo del ciego", *Rev. Med. Latino-Americana*, XXIII, 896, maio de 1938.

Jalepat - Fígado, ferro, vitaminas
por via bucal

Moléstia de Besnier-Boeck-Schaumann

Dr. Alfredo Pujol Filho

Médico do Departamento Estadual da Criança

Dá-se esse nome a uma reticulo-endoteliose, cuja etiologia ainda é discutida e que pode invadir a maior parte dos órgãos. Foi estudada primeiro por dermatologistas que a consideraram como uma moléstia puramente local. BOECK e DARIER, dermatologistas, deram à dermatose o nome de "sarcoïdes dermicos". Só muito mais tarde, com a publicação dos trabalhos de JORGEN SCHAUMANN, KISSMEYER e PAUTRIER, é que se reconheceu que, ao lado das manifestações cutâneas, observam-se lesões da mesma natureza e concomitantes em todo o sistema ganglionar, nos pulmões, nos ossos, nas mucosas, enfim em quasi todos os órgãos. Não deixou de nos causar certa surpresa, em recente estada em Paris (inverno 1946-47), frequentando o serviço do Prof. Debré, no Hospital "Enfants Malades", ouvir frequentes referências a essa nova entidade clínica e na discussão de diagnóstico diferencial, em presença de certas radiografias pulmonares, ver muitas vezes lembrada a hipótese de tratar-se de uma reticulose, especialmente quando os sintomas clínicos que apresentavam certas crianças não correspondiam à imagem radiológica que o radiologista, diagnosticara como sendo a de uma tuberculose miliar. A moléstia interessa o pediatra, pois não é rara na infância, embora não seja absolutamente peculiar à idade infantil.

Em 1936, LESNÉ, LAUNAY e SÉE publicam um caso de reticulo-endoteliose numa criança de 7 anos, com localização na pele, nos ossos e na hipófise. Alguns anos mais tarde, em 1941, MARIE, NORMAND, MALLET e SALLAT publicam outro caso, desta vez num lactente, apresentando apenas lesões pulmonares e ganglionares. Os pediatras alemães, pouco antes da última guerra, publicaram também alguns casos. Entre eles citaremos o de BERTIL ROOS (Ztschr. p. Kinderh. 1937, tomo 59), numa menina de 4 anos, com localizações na pele, fígado, baço, gânglios, rins, olhos e cérebro. Esse caso apresentava frequentes surtos febris, o que é excepcional na moléstia. GOLDSCHLAG, GRÖER e NEISELS (Ztschr. f. Kinderh., 1938, tomo 59), apresentam um caso de localização

pulmonar exclusiva numa menina de 13 anos. OTTO NEUMANN, na mesma revista de pediatria e no mesmo ano (tomo 60), publica dois casos: um num lactente de 3 meses e outro num menino de 14 anos.

Mas a maioria dos casos publicados o tem sido por dermatologistas e quasi sempre em adultos. Em França, o ilustre dermatologista PAUTRIER tem dedicado especial atenção ao assunto e publicou, em 1940, o seu livro "La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann", fartamente ilustrado com fotografias, reproduções de radiografias e microfotografias de cortes histopatológicos, que constitue sem dúvida uma magnífica contribuição ao estudo das reticulo-endotelioses. Nestas ligeiras considerações que vamos fazer sobre esta nova entidade clínica, e que é apenas um trabalho de divulgação, nos limitaremos a descrever alguns aspectos do quadro clínico e radiológico da moléstia.

Sob o ponto de vista da radiologia, a moléstia oferece particular interesse, pois são frequentes os erros de diagnóstico, de consequências graves, consistindo esse erro em considerar como tuberculoso e portador de uma tuberculose miliar (granúlia) isto é, de uma forma, por assim dizer, incurável de tuberculose, um paciente atacado de reticulo-endoteliose, moléstia quasi sempre benigna e perfeitamente curável sem necessidade de mudanças de clima e curas em sanatório. PAUTRIER chama a atenção sobre a variabilidade evolutiva da moléstia que, às vezes, se inicia por lesões cutâneas (sarcoides dermicos), e, em seguida, com um certo intervalo, aparecem as lesões pulmonares e ganglionares. Outras vezes o pulmão é o primeiro órgão atingido e as lesões cutâneas só aparecem depois de alguns meses ou mesmo de dois ou três anos. As lesões ósseas, que atacam frequentemente os dedos das mãos e dos pés, dão-lhes o aspecto bem conhecido de "spina ventosa" e são perfeitamente diagnosticáveis pela radiografia. As imagens radiográficas pulmonares são em regra muito semelhantes às imagens descritas por BURNAND e SAYÉ com a denominação de granúlia fria. A frequência com que o pulmão é atingido na reticulo-endoteliose parece ser muito grande.

Dos dez casos publicados por PAUTRIER até 1940, oito apresentavam imagens radiográficas pulmonares anormais ou adenopatias hilares. Dos 39 casos de NIELSEN, 37 apresentavam lesões pulmonares; dos 48 observados por MARTENSTEIN, 45 acusavam as imagens pulmonares anormais, e dos 24 casos de KISSMEYER, 19 eram portadores de localizações pulmonares. Nas radiografias pulmonares desses doentes, a imagem radiológica mais frequente é a infiltração do tipo micronodular. Os dois pulmões se apresentam total ou parcialmente semeados de pequenas manchas miliares, do tamanho aproximado de uma cabeça de alfinete, de contornos pouco nítidos, muitas vezes liga-

dos entre si por sombras lineares, realizando a imagem de uma rede de malhas estreitas. Essa foi a imagem que PAUTRIER encontrou com maior frequência. Outro tipo igualmente frequente é o chamado reticular, consistindo em sombras lineares, parecendo espessamentos peribrônquicos ou perivasculares que se espalham "em leque", partindo do hilo e dirigindo-se tanto para a clavícula como em direção às bases pulmonares. Ambos os tipos podem ser acompanhados de imagens ganglionares (adenopatias hilares). Em seu livro, PAUTRIER reproduz excelentes radiografias correspondendo a essas descrições. O que nunca se encontra na reticulose são imagens de caseificação ou de cavernas.

O Prof. DEBRÉ nos referiu em aula o caso de um jovem oficial de cavalaria que, tendo feito uma radiografia pulmonar, não me recordo por que motivo, recebeu do radiologista a chapa com o diagnóstico de tuberculose miliar aguda (granúlia). Ora, o paciente, que aparentava boa saúde e se sentia bem disposto, procurou DEBRÉ a quem mostrou a chapa e o diagnóstico, mas recusou-se a acreditar na seriedade do prognóstico e não quiz de forma alguma desistir de tomar parte num concurso hípico em que estava inscrito e que deveria se realizar em breve. Mais tarde verificou-se que se tratava de um caso de reticulose benigna. Vejamos como evoluem essas imagens radiográficas que encontramos na maior parte das reticuloses. Clinicamente essas lesões são, em regra, silenciosas. Às vezes existem ligeiros episódios febris que logo regridem e em alguns casos tem-se observado pequenas hemoptises. Mas esses casos são excepcionais, em regra não existem sinais clínicos de afecção pulmonar, e a ausculta e percussão são negativas. Quanto à duração dessas imagens radiológicas anormais, os autores que acompanharam seus doentes durante mezes e mesmo alguns anos repetindo periodicamente as radiografias, todos verificaram que a imagem permanece mais ou menos inalterada durante muitos meses e a sua regressão é muito lenta. Raramente se assiste a uma completa limpeza radiológica. Além dos pulmões e da pele, a moléstia ataca frequentemente o sistema ósseo; assim é que encontramos com frequência lesões ósseas, acompanhando as lesões cutâneas e pulmonares na reticulose. Como dissemos acima, essas lesões ósseas se localizam de preferência nos dedos das mãos e dos pés, que apresentam o aspecto conhecido da "spina ventosa". isto é, o dedo atingido aparece inchado, com a aparência de um chouriço ou salsicha, dando na radiografia uma imagem de rarefação óssea e pequenos cistos múltiplos. JÜNGLING que fez a descrição sistemática das lesões ósseas da retículo-endo-teriose assinala 3 tipos principais: tipo I, forma difusa de aspecto bolhoso ou lacunar ou ainda de grandes bolhas; o osso atingido apresenta uma tumefação difusa, a substância compacta

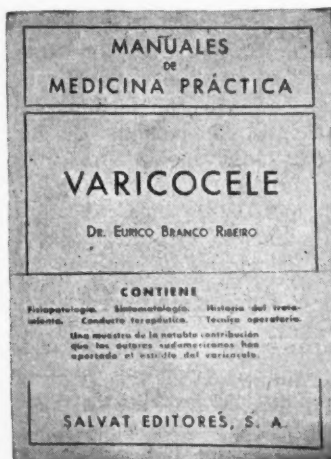
rarefeita aparece como uma casca fina, a substância medular desaparece, o osso apresenta um aspecto alveolar e cístico. Outras vezes essas formações císticas tomam todo o interior da falange, que aparece como uma leve membrana óssea, periférica, comparável a uma casca de amendoim. O tipo II é representado por osteite cística ou cistóide ou ainda pela forma cística circunscrita, caracterizada por pequenas zonas claras nitidamente delimitadas. Finalmente, o tipo III, chamado em estrutura de grade (*gitterstruktur*), no qual toda a falange aparece crivada de pequenas manchas, que a transformam numa grade fina e homogênea, sem que se possa diferenciar a cortical da medular. Apesar da predileção com a qual essas lesões atacam as falanges, outros ossos, sobretudo os ossos longos dos membros, são atingidos às vezes. Para NIELSEN essas lesões ósseas são essencialmente crônicas e susceptíveis de "restitutio ad integrum". Vamos agora descrever sumariamente as lesões cutâneas. Na realidade devíamos te-las descritas em primeiro lugar, pois foram os dermatologistas que primeiro descreveram a moléstia, julgando tratar-se de afecção puramente local, sem repercussão nos outros órgãos. É verdade que não existe nenhuma ordem cronológica no aparecimento das lesões na reticulo-endoteliose, pois frequentemente os pulmões são afetados, antes do aparecimento de qualquer lesão cutânea. As lesões cutâneas se apresentam como nodosidades dérmicas exteriorizadas de pequena, média ou grande dimensão, do tamanho médio de um caroço de cereja ao de uma avelã, de cor pardacenta ou violácea, infiltrada, apresentando sob a vitropressão grãos miliares lupiformes. Sua evolução é lenta, podem permanecer durante anos e, murchando, deixam uma cicatriz central, cercada de uma margem amarelada. As lesões cutâneas têm predileção especial pelo rosto, membros e troncos, podem ser constituídas por poucos elementos, mas às vezes atingem o número de 30, 40 ou mais. No nariz e nas mãos formam largas infiltrações vermelho-arroxeadas, pastosas, deformando essas regiões. A sua histologia é sempre idêntica: são formadas por um infiltrado dérmico constituído de grandes nódulos, em cuja estrutura predominam as células epitelióides cercadas de linfócitos. Com alguma frequência essas lesões se aprofundam, de forma que um ou dois elementos acabem fazendo hérnia no tecido adiposo, que se deixa invadir passivamente e sem reação. Essa estrutura histológica, que acabamos de descrever esquematicamente é a mesma que vamos encontrar absolutamente idêntica em todas as outras lesões que agora passaremos rapidamente em revista. Pesquisando-se sistematicamente os gânglios, iremos encontrar adenopatias não volumosas, que não são absolutamente tributárias das lesões cutâneas, e que traduzem uma invasão do sistema linfá-

tico e ganglionar pela moléstia. Os gânglios mais frequentemente afetados são os cervicais, sub-maxilares, os da região inguinal e axilar e os epitrocleanos. São adenites de pequeno volume (do tamanho médio de um caroço de cereja), indolores à palpação e de evolução crônica. Se forem extirpados para exame histológico, encontraremos a mesma estrutura histopatológica acima descrita. As lesões pulmonares, ósseas, cutâneas e ganglionares que acabamos de descrever constituem os principais elementos do quadro clínico da moléstia de Besnier-Boeck-Schaumann. Certas visceras, como o baço, o fígado, os rins, podem também participar da moléstia e se apresentam nesse caso hipertrofiados. E' claro que no caso dessa invasão visceral não poderemos recorrer à biópsia para diagnóstico, e só a autópsia, mostrando a presença nesses órgãos de granulações formadas por células epitelióides, é que poderá revelar a natureza da moléstia. Mas as autópsias nas reticulo-endotelioses são raras, pois em geral a moléstia é benigna e evolue lentamente para a cura. Mais frequentes são as lesões da mucosa nasal e da conjuntiva ocular. Essas lesões se manifestam sob a forma de pequenas granulações salientes, do tamanho de uma cabeça de alfinete, de cor rosácea. Histologicamente apresentam sempre a mesma estrutura que descrevemos nos outros órgãos: camadas de células epitelióides, entremeadas de uma infiltração linfocitária abundante. Alguns autores querem identificar a reticulo-endoteliose à chamada síndrome de Heerfordt, que se caracteriza por uma hipertrofia bi-lateral das parótidas, coexistindo com uma iridociclite também bi-lateral com nódulos na íris e na córnea, lesões que são acompanhadas de uma paralisia facial também bi-lateral e do tipo periférico. Sobre a etiologia da moléstia nada se sabe ao certo: é imprecisa e muito discutida. Apenas daremos a opinião de Schaumann, que a considera como uma tuberculose de origem bovina (provocada por um bacilo do tipo bovino), de evolução tórpida e inicialmente ganglionar, generalizando-se em seguida. Contra essa opinião falam as reações à tuberculina (cuti e intradérmica), quasi sempre negativas, e o fracasso das tentativas de inoculação à cobaia de fragmentos das lesões cutâneas ou ganglionares. A maioria dos autores consideram, pois, a reticulo-endoteliose ou linfogranulomatose benigna como uma moléstia autônoma, provocada por um vírus ainda desconhecido. O nosso único fito neste pequeno trabalho de divulgação foi tornar mais conhecida em nosso meio essa nova entidade clínica, que certamente não deve ser frequente no Brasil. Estudando a distribuição geográfica da moléstia no seu livro publicado em 1940, PAUTRIER, em 198 casos, cuja observação passou em revista, apenas assinala 5 casos publicados no Brasil. A maioria

dos casos observados na Europa o tem sido nos países chamados nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega, etc.). A moléstia não respeita raças, pois já foi observada em negros e japoneses.

Atualmente as observações publicadas na Europa e na América do Norte (onde a moléstia é frequente) já se somam por centenas.

Endereço: Avenida Rebouças, 3143



VARICOCELE

pele

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Salvat Editores, S. A., 1946.
"Manuales de Medicina Prática",

O A. diretor do Sanatório São Lucas, da cidade de São Paulo, teve o prazer de ver o seu livro incluído na coleção

"Manuales de Medicina Prática", da reputada casa barcelonesa.

Dedicando-se muitos anos a essa especialidade, escreveu por isto o reputado cirurgião paulista trabalho de merecimento indiscutível, estribado em excelente casuística e farta bibliografia.

Ilustrada com numerosas reproduções fotográficas, "Varicocele" recomenda-se e a seu ilustre autor.

Imprensa Médica, XXIII, 400, abril de 1947.

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 15 DE MARÇO DE 1948

Presidente: Dr. Pedro Ayres Netto

Lesões traumáticas dos nervos periféricos — Prof. Carlos Gama — O A. fez uma bela exposição do assunto, especialista que é, dando as bases fundamentais do eletrodiagnóstico e a interpretação dos resultados. No tratamento cirurgico mostrou a técnica usada e a sua razão de ser. Apresentou 3 dos seus inumeros casos com am-

pla documentação fotográfica. O seu trabalho foi muito apreciado por todos. Terminada a apresentação do prof. Gama o Dr. E. de Jesus Zerbini pediu dois esclarecimentos, que foram dados pelo autor. A seguir o Dr. Pedro Ayres Netto teceu também ligeiros comentarios.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 2 DE MARÇO DE 1948.

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

Proteínas em Cirurgia — Dr. Artur Biancalana — O A. começou expondo as causas de hipoproteïnemia, mostrando como são frequentes e avaliando a sua impor-

tância. Assinalou as relações da hipoproteïnemia em cirurgia. Nos edemas das suturas, nos edemas generalizados a carência de proteínas é a regra. As deiscências



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Alné

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84-4.º

HORMÔNICO MASCULINO

Sangue de animais inteiros sem albuminas anafiláticas.

HORMÔNICO FEMININO

Sangue de éguas, sem albuminas anafiláticas.

Tônico poderoso, regulador da circulação humoral. Estimula a fagocitose. Influe sobre o metabolismo geral, atuando benéficamente nas funções do sistema nervoso vegetativo ou simpático. É indicado na profilaxia e tratamento das moléstias da nutrição, nas nevroses, psiconevroses e psicoses. Especialmente indicado na epilepsia e nas neurasthenias orgânicas.

Doses: UMA AMPOLA DIARIAMENTE (intramuscular)

de sutura ocorrem comumente nos doentes com hipoproteinemia. Os enxertos pegam facilmente nos indivíduos sem carência proteica. Na prevenção do ileo posoperatório a administração de proteínas é de real valor. As úlceras são mais frequentes nos indivíduos com baixo teor proteico. Na prevenção do choque dos queimados e das infecções a proteinoterapia tem papel destacado. A proteinopenia traz degeneração do tecido hepático. A avaliação do déficit proteico é feita por métodos complexos, mas o de Philips, das diluições de sulfato de cobre, é mais acessível e dá avaliações satisfatórias e de grande interesse no julgamento da evolução de certos casos clínicos. Dadas as dificuldades do emprego de plasma, apareceram produtos destinados a repor no organismo as proteínas de

que foi despojado. Nos casos crônicos as necessidades são 30 vezes maiores. O plasma pode ser administrado em teor normal ou concentrado, este de grande indicação nos cardíacos. Na Itália estão preparando plasma de cavalo para aplicação no homem. Os hidrolisados de caseína foram preparados para contornar a questão do alto preço do plasma. O Amigem e outros similares são ácidos aminados e polipeptídeos de larga indicação, embora não sirvam para os casos de choque. O líquido ascítico pode ser utilizado em certos casos. Na discussão o Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno lembrou a utilização do feijão soja, muito usado na alimentação pelos povos chinês e japonês; o soja tem proteína em teor 3 vezes mais alto do que o da carne.

Colégio Brasileiro de Cirurgiões

SESSÃO DE 30 DE MARÇO DE 1948.

Presidente: Dr. Sebastião Hermeto Junior.

Gastrite hipertrofica polipoide umbelicada — Dr. Waldyr da Silva Prado — O A. apresenta tres observações de portadores daquela interessante afecção. Estuda com minucia a evolução e sintomas das gastrites polipoides, e salienta o seu relator pouco conhecimento. Traça o quadro histopatológico das lesões, documentando com microfotografias de peças operatorias. O A. chama a atenção para a possibilidade de confusão das imagens radioscópicas com aquelas fornecidas pelo cancer do antro gastrico. A conduta e orientação do tratamento é desenvolvida.

Problemas gerais das gastrites — Prof. Benedito Montenegro — O A. desenvolve uma profunda análise dos aspectos clínicos e anatomo-patológicos das gastrites. Encarece a estrita necessidade da colaboração do internista e do gas-

troscopista para a identificação precisa dos diversos tipos e estados evolutivos das gastrites. Desenvolve, com objetiva demonstração de diapositivos de peças operatorias — as formas classicas das gastrites atroficas, hipertroficas, ulcerativas, e das gastrites associadas às ulceras gastricas. Desenvolve, segundo a sua experiencia clinica, o importante problema da relação da gastrite com o cancer; discute as relações da gastrite com a ulcera gastrica e duodenal, salientando o aparecimento de ulceras em doentes sem lesões de gastrite anterior. A orientação do tratamento é sistematizado, salientando as indicações operatorias. Discute após as observações trazidas pelo Dr. Waldyr da Silva Prado.

Discutiram as comunicações apresentadas os Drs. Soares Hungria e S. Hermeto Junior.

Hormônios puros "CIBA"

PERANDREN

Propionato de testosterona
Hormônio testicular sintético

No homem: Astenia sexual, Perturbações do desenvolvimento, Insuficiência testicular, Hipertrofia da próstata, etc.
Na mulher: Mastopatias, Fibromas, Acne, etc.

Empólas de 5, 10 e 25 mg.

Pomada

PERCORTOL

Acetato de desozicorticosterona
Hormônio córtico-suprarrenal sintético

Doença de Addison, Doenças infecciosas agudas graves, Caquexia, Toxicoses, Choque cirúrgico, Queimaduras, etc.

Empólas de 5 e 10 mg.



LUTOCYCLINA

Hormônio sintético do corpo amarelo
Progesterona "Ciba"

Menorragias, Metrorragias, Polimenorreia, Dismenorreia, Abôrto iminente, ou habitual, etc.

Empólas de 2, 5 e 10 mg.

Comprimidos de 5 mg.

OVOCYCLINA

Hormônio folicular puro

Amenorreia primária e secundária, Hipomenorreia, Oligomenorreia, Esterilidade.

Empólas de 1 e 5 mg.

Comprimidos de 0,01 mg.

Pomada



PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

Rio de Janeiro. C. P. 3437 - S. Paulo. C. P. 3678 - Recife. C. P. 439

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 1.º DE MARÇO DE 1948.

Presidente: Dr. Arnaldo Amado Ferreira

Lepra Acidente do Trabalho —

O A. discorreu, em nome do prof. Flaminio Fávero e no seu próprio, sobre a "Lepra Acidente do Trabalho". O A. apresentou um interessante estudo sobre o assunto, enfocando-o sob varios aspectos, mostrando quando a lepra pode ser considerada como acidente tipo, doença profissional e doença do trabalho, reportando-se à classifi-

cação já feita pelo prof. Flaminio Fávero em relação à tuberculose. Fundamentou o seu trabalho com a apresentação de um caso que ele e o prof. Flaminio Fávero tiveram a oportunidade de examinar. O trabalho dos autores foi muito apreciado, sendo discutido pelos Drs. João Paulo Vieira, Hilario Veiga de Carvalho e J. Fernandes Moreira.

Outras sociedades

Associação Paulista de Medicina, seção de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de março de 1948, ordem do dia: Achados anatomicos na epilepsia — Dr. Otávio Peres Veloso; Contribuição para o estudo estatístico da paralisia geral. Resultados terapêuticos — Drs. Ciriaco Amaral Filho e Waldemar Cardoso; Considerações de ordem psico-social sobre algumas tribus de índios do Brasil.

Seção de Cirurgia, sessão de 10 de março de 1948, ordem do dia: Bases farmacológicas — Dr. Charles E. Corbett; A experiência do Serviço de anestesia do Hospital das Clínicas — Dr. Reinaldo Figueiredo; O curare em cirurgia — Prof. Dr. Bernardes de Oliveira.

Seção de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de março de 1948, ordem do dia: Considerações em torno do psoríase artropático — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e José Augusto Soares; Bal em um caso de intoxicação arsenical — Dr. Luís Dias Patrio.

Seção de Pediatria, sessão de 12 de março de 1948, ordem do

dia: Hemograma nas infecções agudas da criança — Dr. Pedro Janini.

Seção de Tisiologia, sessão de 23 de março de 1948, ordem do dia: Permanência da 1.ª costela na toracoplastia parcial posterior — Dr. Eduardo Etzel; Estreptomicina no tratamento da tuberculose — Dr. Amaury Louzadas; Resultados iniciais no tratamento da tuberculose pulmonar com a estreptomicina — Drs. Otávio Nébias, B. J. Flery de Oliveira, Joaquim Pedro Roriz e Carlos Ary Machado.

Seção de Otorrinolaringologia, sessão de 17 de março de 1948, ordem do dia: Inclusão dentária e seio maxilar — Dr. Mário Graciani; Otite latente no lactante — Dr. Francisco Hartung.

Seção de Radiologia, sessão de 22 de março de 1948, ordem do dia: Escolha do método de tratamento dos tumores da boca — Dr. Matias Roxo Nobre; Diagnóstico precoce do cancer do cardia — Dr. José Hortencio Medeiros; Apresentação de casos interessantes — Drs. Ferez Secaf, Walter Bonfim Pontes e Antonio Ferreira Filho.

Secção de Urologia, sessão de 30 de março de 1948, ordem do dia: Estado atual da cirurgia do prostatismo em alguns centros americanos — Dr. Augusto A. Motta; Crítica do tratamento do adenoma da próstata — Dr. Darcí Vilela Itiberê; Considerações em torno da resecção endoscópica após prostatectomia supra-pubica — Dr. Roberto Rocha Brito; Aspectos hodiernos de alguns problemas clínicos do cancer da próstata — Dr. Ataíde Pereira; De volta do convívio com endoscopistas norte-americanos ressecadores da próstata — Dr. Antonio Adelino de Almeida Prado.

Secção de Medicina, sessão de 31 de março de 1948, ordem do dia: Amilase e lipase sanguínea com prova da função pancreática — Dr. Gustavo Friozi.

Centro de Estudos Benedito Montenegro, sessão de 4 de março de 1948, ordem do dia: Valor da plagrafia no diagnóstico das afecções pulmonares — Dr. Marco Antonio Nogueira.

Centro de Estudos dos Médicos do Serviço de Tuberculose, sessão de 20 de março de 1948, ordem do dia: Broncograma, leitura e interpretação — Dr. Alberto Chapchap.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 2 de março de 1948, ordem do dia: Considerações gerais sobre os vírus — Dr. Nelson Planet.

Sessão de 30 de março de 1948, ordem do dia: Revisão da Bibliografia sobre "Vitreo" — Dr. Rubens Belfort de Matos; Revisão da bibliografia sobre "Terapêutica ocular" — Dr. Renato de Toledo.

Reunião Anatomo-clínica do Hospital Juqueri, sessão de 6 de março de 1948, ordem do dia: Porencefalia — Esquizofreniocomo-insulinico — Hematoma subdural — Psicose autotóxica; anemia secundária — Pancardite reumatisal — Drs. Quirino Forchetti, Mário Robortela,

Elio Montenegro Costa e Angelo Gaiarsa.

Sessão de 20 de março de 1948, ordem do dia: Paralisia geral, Aneurismas múltiplos da aorta; Encefalopatia infantil; empiema pleural; Embolia pulmonar; Epilepsia Infantilismo universal; Hemorragia cerebral e bulbar — Drs. Isaías Melsohn, Lourival Roseli, Oswaldo Tancredi, Cyro Ferreira de Camargo, Eduardo Guedes Casimiro, Stanislaw Khrynski e Aloysio Pimenta.

Reunião Médica Semanal — 2.a Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas, sessão de 19 de março de 1948, ordem do dia: Aspectos radiológicos das lesões do esôfago terminal e da parte alta do estômago — Dr. Hortencio de Medeiros; Revisão e discussão de dois casos pulmonares um de cistos múltiplos e outro de abcesso — Dr. Hortencio de Medeiros.

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo, sessão de 30 de março de 1948, ordem do dia: Tratamento cirúrgico de hipertensão porta — Dr. Dino de Almeida; Diagnóstico e tratamento médico de cirrose hepática e hipoporta — Dr. José Ramos Junior.

Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, sessão de 29 de março de 1948, ordem do dia: Retro sigmoidites — Dr. Pedro de Souza Campos Filho.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de março de 1948, ordem do dia: Lesões traumáticas dos nervos periféricos — Electrodiagnóstico. Tratamento cirúrgico — Prof. Carlos Gama; Considerações a respeito de um caso de invaginação intestinal em adulto — Drs. Luis Concilio e Fábio Doria do Amaral.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 15 de março, ordem do dia: Se-

vicia — Dr. João Batista de Oliveira e Costa Junior.

Sessão de 30 de março de 1948, ordem do dia: Dificuldades legais na fiscalização do exercício da Medicina — Dr. J. Carvalho Parreiras.

Sociedade de Nutrição e Endocrinologia, sessão de 18 de março de

1948, ordem do dia: Amebíase intestinal — Dr. Adolfo Flaks.

Sociedade Paulista de Medicina Social, sessão de 2 de março de 1948, ordem do dia: Exercício ilícito da Medicina — Prof. Flaminio Favero; Fiscalização do exercício da Medicina — Dr. J. Carvalho Parreiras.

IMPrensa Médica de São Paulo

Sumário dos últimos números

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, VI, 1, março de 1948 — A eletrencefalografia nos tumores intracranianos. Considerações sobre nove casos cirurgicamente verificados — Drs. Paulo Pinto Pupo, Olavo Pazzanese e A. Matos Pimenta; Psicogênese e determinação pericial da periculosidade — Prof. Heitor Carrilho; A lombociática por hérnia do disco intervertebral — Dr. R. Thurel; Compressão radiculomendular por linfossarcoma. Operação com regressão dos sintomas clínicos — Drs. J. Lammartine de Assis e Roberto A. Tenuto; Afasia pós-traumática — Dr. Napoleão L. Teixeira.

Boletim de Higiene Mental, IV, 42, fevereiro de 1948 — Higiene Mental da velhice — Dr. Eduardo Krapf; Orientação às famílias dos doentes mentais — Dr. Joy Ardua.

Neuronio, IX, 1, 1948 — Aspectos econômicos de uma doutrina médico-religiosa — Dr. J. Carva-

lhal Ribas; III Curso de História da Medicina.

Resenha Clínico-Científica, XVII, 2, fevereiro de 1948 — A criança nervosa — Ivo Nasso; Tratamento cirúrgico das malformações cardiovasculares — Robert E. Gross; Considerações clínicas sobre a tuberculose do peritônio — Virgílio Chini; Tratamento precoce da tuberculose pulmonar — Aloisio de Paula.

Revista Brasileira de Leprologia, XV, 4, dezembro de 1947 — Opsoninas e Microbacterium Leprae — Dr. Augusto Serial; Lupus Eritematoso na Lepra — Dr. Argemiro Rodrigues de Souza; Posição dos doentes de forma Tuberculóide e Incaracterística na Profilaxia da Lepra — Dr. Luis Marino Bechelli.

Revista Paulista de Medicina, XXXI, 5, novembro de 1947 — Fisiopatologia do colo uterino. Contribuição clínica e experimental — Prof. Dr. Sylla O. Mattos.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luis Antônio, 644 * Fone 2-5831 * São Paulo

TRATAMENTO DAS

Anemias

por injeção
intramuscular de
Ferro associado
às Vitaminas
B₁ e C



A mais moderna
e científica
medicação das
anemias

ASCORBIRON

Anemias e anemias secundárias.
Convalescença de doenças infecciosas.
Na gravidez e no período post-partum,
como fornecedor de reserva de ferro.

ASCORBATO FERROSO	10 mg
ÁCIDO ASCÓRBICO	95 "
CLORIDRATO DE TIAMINA	10 "
RIBOFLAVINA	0.2 "
ÁGUA DISTILADA q. s.	2 cm ³

1 ou 2 ampolas diárias,
via intramuscular.

Caixas com 10 ampolas
de 2 cm³

LABORATÓRIO XAVIER

VIDA MÉDICA DE SAO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Posse da nova diretoria — Realizou-se no dia 10 de março, às 21 h. 30, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia, à rua do Carmo, 54, a solenidade de posse da nova diretoria da entidade, assim constituída: presidente, dr. Pedro Aires Neto; vice-presidente, dr. João Alves Meira; secretário-geral, dr. Nairô França Trench; secretários, drs. E. de Jesus Zerbiní e Licínio Hoepner Dutra; tesoureiro dr. Hugo Ribeiro de Almeida; ajunto do secretário-geral, dr. Decio Fleuri da Silveira; presidentes das sessões: Medicina Geral — dr. José Reinaldo Marcondes; Cirurgia Geral — prof. Eurico da Silva Bastos; Medicina Especializada — dr. Jorge Queirós de Moraes; Cirurgia Especializada — prof. Rodolfo de Freitas; Ciências Aplicadas à Medicina — dr. Augusto A. Galvão; Medicina Social — dr. Domingos Oliveira Ribeiro; comissões do patrimônio: drs. Roberto Oliva, Carlos Gama, Oscar Cintra Gordinho e Alípio Correia Neto.

A mesa que presidiu a sessão tomaram lugar os médicos srs. José Aires Neto, José de Moraes Camargo, Humberto Cerruti, Gabriel Botelho, Alípio Correia Neto; tenente Genesis Nitirini, representando o governador do Estado, e Jota Domingues, representando o prefeito municipal. Abrindo a sessão o dr. Alípio Correia Neto, presidente da diretoria, cujo mandato findou, pronunciou um discurso em que convocou os órgãos da classe a cerrar fileiras em torno da defesa dos interesses dos facultativos e agradeceu a colaboração de seus companheiros de diretoria durante seu mandato.

O presidente eleito da entidade, dr. Pedro Aires Neto, disse em seu discurso de posse:

"Assumo esta responsabilidade certo que, se não tiver constante e sincera colaboração de todos,

por certo, não poderei me desempenhar a contento. Somente com a certeza dessa solidariedade, jamais negada, é que me decidi assumir este posto, já ocupado pelas mais brilhantes figuras da medicina brasileira.

"Jamais poderia imaginar que, volvidos os anos, teria a imensa honra de tomar lugar onde estive-ram vultos como Carlos Botelho, Sergio Meira, Luis Pereira Barreto, Arnaldo Vieira de Carvalho... Imaginar que tomaria lugar que já fora por duas vezes ocupado pelo grande batalhador desta sociedade, seu presidente emerito e que, para minha felicidade, está aqui presente possivelmente rememorando momentos como este, ao assumir este mesmo posto. Seguir essa trajetória será meu escopo, e tudo farei para honrá-lo".

Aludindo às funções do médico, disse o orador:

"Após a revolução de 1930, os médicos começaram a sentir certa inquietação e os órgãos representativos da classe se alargaram com a sua situação cada vez mais angustiosa. Em 30 de junho de 1939, no centésimo décimo aniversário da Academia Nacional de Medicina em notável oração "Socialização da Medicina e Exercício Clínico" — o seu presidente, prof. Aloisio de Castro analisa o conceito do cuidado social e defende ao mesmo tempo a coletividade médica. Dizia que para se defender a coletividade "tem o Estado de ampliar cada dia a sua ação direta nos problemas sociais referentes à saúde, criando institutos de profilaxia e levando a assistência médica, sob todas as formas, a quantos que, desprovidos de recursos, a não podem buscar por iniciativa própria. Mas para tanto se impõe a necessidade de coordenar as relações entre a prática médica privada e oficial, estabelecendo-se a necessária

cooperação, resguardando-se os respectivos direitos e iniciativas". Mais adiante, diz: "Ninguém negará o espírito de equidade que preside ao auxílio mútuo. Mas que se verifica hoje entre nós? Que há um coletivismo forçado. Tudo concorre para restringir assim a prática privada da profissão médica, a qual tem direito de ser por sua vez amparada. Em tais condições, os serviços médicos gratuitos, os serviços coletivos, oficiais ou particulares, deviam reservar-se aos pobres ou aos indivíduos de recursos provavelmente escassos em vez de se prodigalizarem em benefício de classes mais favorecidas. Muitos dos que poderiam compensar os serviços de natureza médica preferem buscá-los a título gratuito ou quase, na extensa rede de caixas, caixinhas e caixetas, tudo à custa do ingente e crescente trabalho dos médicos, retribuídos com ridículos honorários. Para os fins de benefício médico todos querem ser comerciários, industriários ferroviários, portuários, bancários ou funcionários... A tudo isso muito bem chamou "socialização unilateral da medicina", o nosso provector colega, dr. Jaime Pogi.

"Pelo dr. Rafael Gardelas, nessa assembleia, foram sugeridas as seguintes reivindicações:

"1.º) O regime de livre escolha do médico no seio das instituições estatais, paraestatais ou privadas que ofereçam serviços médicos entre os seus benefícios; 2.º) Remuneração, dentro de uma tabela mínima de preços por unidade, a ser sugerida pela comissão solicitada e encaminhada ao chefe da nação; 3.º) A universalização do seguro-doença, para todas as instituições de assistência social estatais, paraestatais ou privadas.

"Depois de 1946, novos rumos políticos seguimos em nossa terra. Novamente ressurgiu um regime de liberdade, o regime da democracia. O problema médico deverá ser posto em equação pelos órgãos representativos da opinião pública. Entre nós, o prof. Alípio Correia Neto, no terreno das reivindicações conseguiu agregar em tor-

no de seu nome e do seu prestígio, representantes de quase todas as sociedades médicas de São Paulo.

"A luta ainda deverá continuar e naturalmente seguirei essa política de reivindicações justas e razoáveis. Deverá a Sociedade de Medicina pleitear junto à Assembléia Legislativa igualdade de vencimentos para as profissões de currículos iguais ou equivalentes.

"As mais diversas soluções têm sido aventadas para a resolução do problema, sem contudo se obter uma satisfatória. Muito ainda tem a classe médica que batalhar, talvez esperar anos, mas será certa a vitória se nos conservarmos sempre unidos.

"Torna-se necessário intensificar o intercâmbio científico e social com as demais sociedades médicas. Há necessidade premente de se fazer uma revisão e atualização dos regulamentos dos prêmios a serem distribuídos pela Sociedade, não só para os trabalhos e teses como também os de eugenia. No quadro social, muitas serão as vagas pela passagem de sócios titulares para a categoria de eméritos.

Meus senhores: vivemos neste prédio em ótimas relações com a Policlínica de São Paulo, fundada há cinquenta anos pela Sociedade de Medicina.

"Sei que ela pretende, de comum acordo conosco, vender o prédio para ulterior construção de um mais moderno e que satisfaça às suas necessidades, em terreno já doado para este fim pela Municipalidade de São Paulo. As negociações estão entabuladas, faltando a aquiescência do governo estadual para se lavrar a escritura de doação. Quero crer que tudo será brevemente resolvido a contento de todos e, assim, com o resultado da venda, teremos numerário suficiente para a construção de nova sede e nos instalarmos com o conforto condizente com o progresso de São Paulo.

"Como se vê, a responsabilidade é imensa e o caminho a percorrer longo e semeado de abrolhos. Sem

a cooperação dos meus nobres consócios nada poderei realizar. Minhas forças são os meus companheiros de diretoria e a minha arma a vontade firme de trabalhar com afinco, dedicação e entusiasticamente pela grandeza da nossa Sociedade de Medicina”.

A seguir, foi proposta e aprovada uma moção de aplausos à diretoria cujo mandato findou.

Fez uso da palavra, em seguida, o dr. Jairo Ramos, presidente da Associação Paulista de Medicina, que, referindo-se à situação da classe médica em São Paulo, atacou a organização dos serviços de assistência locais. Esses serviços — disse — vivem a alardear benefícios que são conseguidos exclusivamente à custa dos médicos.

Acrescentou que, da maneira como vêm sendo feitos, os profissionais da medicina têm como recompensa uma media de cerca de 2 cruzeiros por consulta. Terminou por pedir a colaboração da Sociedade de Medicina e Cirurgia para que os médicos vejam atendidas as suas reivindicações.

O Dr. Sebastião Hermeto Junior, presidente do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões, seção de São Paulo, a seguir, fez uso da palavra para hipotecar o apoio da entidade que dirige, à diretoria eleita da Sociedade de Medicina e Cirurgia.

Finalizando a sessão, o dr. Pedro Aires Neto agradeceu as palavras do orador e convidou os presentes a tomarem uma taça de champagne.

Instituto Butantã

Secção de Sulfonas — Foram inauguradas oficialmente no dia 2 de março, as seções de quimioterapia e de sulfonas, do Instituto Butantã. Ao ato compareceram o governador Ademar de Barros e sua esposa, d. Leonor Mendes de Barros; os secretários de Estado, Drs. Caio Dias Batista, Francisco Brasiense Fusco, Sinesio Rocha e José de Queirós Guimarães; o Dr. Vital Brasil, fundador do Instituto especialmente convidado; os Drs. José de Alcantara Madeira, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra; Eduardo Vaz, diretor do Butantã; e numerosas outras pessoas gradas.

A chegada do governador Ademar de Barros, procedeu-se à inauguração do busto do cientista Vital Brasil, fundador e primeiro diretor do Instituto Butantã. Usando da palavra, nessa ocasião, o Dr. José Queirós Guimarães ressaltou a vida e a obra desse cientista, lembrando a sua luta contra a febre amarela, a fundação do Butantã, o combate à peste bubônica e as principais fases de seus trabalhos.

Em seguida, agradecendo essa homenagem, o sr. Vital Brasil proferiu breve oração, reportando-se

aos primórdios do Butantã e formulando votos pelo seu crescente desenvolvimento.

Após terem os visitantes percorrido a seção de quimioterapia, encaminharam-se à de produção de sulfonas, medicamento que, aplicado no tratamento da lepra vem evidenciando bons resultados.

Informou-nos o chefe da seção de química do Butantã, sr. Francisco Berti, que há cerca de dois anos e meio se iniciaram as pesquisas em torno da possibilidade da aplicação de sulfonas no tratamento da lepra. Estabeleceu-se entre as diretorias do Butantã e do Departamento de Profilaxia da Lepra colaboração estreita, visando conseguir a produção em larga escala de um preparado à base de diaminodifenil-sulfona para o seu emprego em doentes internados em leprosários do Estado. Após um ano de experiências ininterruptas, conseguiu-se um método de aproveitamento industrial do produto com o emprego de materias-primas exclusivamente nacionais, de pequena mão de obra e de instalações modestas. O preço de custo de uma das sulfonas assim produzidas, e justamente aquela de maior

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:

P H Y T O S A L

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; **Passiflora quad.**, que reforça a ação do **Cratoegus**; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Olímpia, 104 — São Paulo

eficácia no tratamento do mal de Hansen, é dez vezes menor do que o dos produtos até agora importados.

Deliberou-se, então, a sua produção industrial e, há cerca de dois meses, providenciou-se a instalação da aparelhagem necessária para que se pudesse fornecer ao Departamento de Profilaxia da Lepra o quimioterápico já em condições de ser usado pelo doente.

As pesquisas entretanto, prosseguem objetivando o incremento da produção, para o fornecimento do preparado aos outros Estados, e a elaboração de uma substância mais ativa.

Ao prestar informações ao governador do Estado, por ocasião da inauguração da seção de sulfonas, o sr. Eduardo Vaz salientou que o aparelhamento de que dispõem os químicos permite atualmente a fabricação mensal de 120 quilos de produto, quantidade suficiente para atender aos oito mil casos de lepra, oficialmente verificados no Estado. Acrescentou que o emprego de sulfonas tem logrado êxito mesmo em casos já adiantados, notando-se, após tratamento intensivo, o desaparecimento de tubérculos, a recuperação da vista e da voz.

Sociedade Médica São Lucas

Posse da nova diretoria — Na sessão de 2 de março tomou posse a nova diretoria da sociedade, eleita para o ano social 1948-1949.

São os seguintes os novos dirigentes: Presidente, Dr. Paulo Giannani Bressan; Vice-presidente, Dr. Waldemar Machado; 1.º Secretário, Dr. Eurico Branco Ribeiro; 2.º Secretário, Dr. João Noel von Sonnenleithner; 1.º tesoureiro, Dr. Moacyr Boscardim; 2.º tesoureiro, Dr. Ney Penteado de Castro; Bibliotecário, Dr. Galdino Nunes Vieira;

Conselho Consultivo: Drs. Cesário Tavares, Ernesto Afonso de Carvalho, José Maria Cabello Campos, José Ribeiro de Carvalho e Oscar Isidoro Antonio Bruno.

Por ocasião da posse o Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno saudou a nova diretoria tendo respondido o dr. Paulo Bressan que falou sobre os trabalhos do ano que se findou salientando o esforço dispendido pelo dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno na presidência da Sociedade.

Colégio Americano de Administradores de Hospitais

Novo membro — Foi concedido o título de membro do Colégio Americano de Administradores de Hospitais (American College of Hospital Administrators), ao Dr. Odair Pacheco Pedroso, diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Em vista da experiência e capacidade por ele revelada no campo hospitalar, o Conselho do Colégio Americano de Administradores de

Hospitais resolveu dispensar o dr. Odair Pacheco Pedroso dos exames orais e escritos a que são submetidos os candidatos àquele título.

O diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santos receberá o título de membro daquele Colégio por ocasião da sua 14.ª Convocação Anual, a realizar-se em setembro do corrente ano, em Atlantic City, E. U. A.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

Homenagens — Efetuou-se no dia 20 do corrente p. p. à rua Nestor Pestana, 147, onde se acha localizado o Dispensário Central do Serviço de Saude Escolar, uma reunião da Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar com a finalidade de inaugurar as placas em homenagem aos socios e companheiros de trabalho já falecidos, drs. Romeu Teixeira, Corinto de Toledo, Manoel de Toledo Passos e dra. Jamile Kfourri.

A sessão foi presidida pelo dr. B. Mendes de Castro, presidente da Sociedade que convidou o dr. Aristides de Castro, diretor do Serviço de Saude Escolar, para participar da mesa.

Falou em nome da Sociedade o dr. Jorge de Moraes Barros Filho, e após terem falado os representantes das familias dos homenageados, foi encerrada a sessão.

Sociedade de Medicina Experimental de São Paulo

Homenagem — A Sociedade de Medicina Experimental de São Paulo, prestando uma homenagem ao sr. José Quirós Guimarães, conferiu-lhe no dia 13 de março, em solenidade realizada pela manhã, na Biblioteca do Instituto Butantã, o titulo de socio honorário. Reunidos numerosos associados da entidade, usou da palavra o Dr. Eduardo Vaz, salientando a contribuição dada aos trabalhos de medicina experimental pelo homenageado, que, por sua atuação à frente da Secretaria da Saude e Assistencia Social, criou amplas possibilidades nesse terreno. — "Somos testemu-

nhas fieis — disse o orador — do que se verificou no Instituto Butantã, em que se refletiram de cheio a sua orientação e os seus atos. Foi estabelecido um programa, com base no renome mundial do Butantã no assunto da ofiologia e na sua condição de arsenal de armas para a defesa da saude publica". Em resposta, o antigo secretário da Saude enalteceu os serviços que presta à comunidade, recebendo por isso merecido apoio de quantos possam cooperar no desenvolvimento de sua alta missão.

Sociedade Paulista de Leprologia

Homenagem — A Sociedade Paulista de Leprologia, em sessão realizada no dia 13, homenageou o sr. José Quirós Guimarães, conferindo-lhe o titulo de socio honorário da entidade. Saudou o homenageado o prof. Alcântara Madeira, que teceu considerações em torno da formação intelectual e moral do exsecretário da Saude, suas ativi-

dades profissionais na hinterlandia e sua destacada atuação, na imprensa e no radio, em favor dos leprosos. Ao fim da oração, entregou ao sr. Quirós Guimarães o titulo de socio honorário da Sociedade Paulista de Leprologia.

Agradecendo a manifestação, falou o sr. Quirós Guimarães.

ATIVIDADES CIENTIFICAS

Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro"

Homenagem ao prof. Szymanski — O Centro Médico Eurico Branco Ribeiro de Ponta Grossa, Paraná, realizou no dia 5 de março, uma reunião extraordinária, para recepcionar e homenagear uma das mais ilustres figuras da oftalmologia mundial.

Tratava-se do prof. Julio Szymanski, ex-professor de oftalmologia da Escola Médica de Chicago, nos Estados Unidos, ex-presidente do Senado da Polónia.

O ilustre visitante está realizando uma viagem de recreio ao Brasil, a fim de rever velhos amigos e ex-alunos e conforme acentuou "matar saudades deste Brasil querido".

O professor Szymanski ausentou-se de nossa pátria a 26 anos, tendo militado, dentro de sua pro-

fissão, em diversas capitais do Velho Mundo.

A reunião do Centro Médico Eurico Branco Ribeiro foi presidida pelo dr. Joanino Carlos Gravina e secretariada pelo dr. Livio Moreira.

Falou primeiramente o dr. Polan Kossobudzki e em seguida o dr. Joaquim de Paula Xavier saudou o homenageado, tendo este agradecido e falado da grande alegria que estava possuído em poder conviver e agradecer os médicos pracinhas. O dr. Joanino Carlos Gravina, ao encerrar a reunião levantou vários vivas à grande nação polonesa, pátria do homenageado.

A reunião transcorreu sob um ambiente solene e cordial e contou com a presença de grande número de médicos pontagrossenses.

Instituto Brasileiro de História de Medicina

Homenagem à memória de Cardoso Fontes — Tendo transcorrido, no dia 27 de março, o primeiro lustro do falecimento do prof. Antonio Cardoso Fontes, o "Instituto Brasileiro de História da Medicina", registrando a efeméride, enviou à sua família, na pessoa do Dr. Murilo Fontes, a seguinte mensagem:

"Exmo sr. Dr. Murilo Fontes — Transcorrendo, no dia de hoje, o primeiro lustro do falecimento de seu ilustre e saudoso pai, professor Antonio Cardoso Fontes, o ilustre sábio brasileiro que, mercê de suas notáveis investigações e de sua admirável obra científica, tanto lustrou os anais da ciência pátria, alcançando renome internacional, vimos apresentar a V. Excia., em nome desta Instituição, que se honra de possuí-lo como patrono de uma de suas cadeiras, as expressões mais vivas das nossas home-

nagens à memória imortal do insigne patricio.

Admiráveis foram a vida e a obra de Cardoso Fontes, figura apostolar da medicina nacional, e recorda-las, no valor de suas descobertas científicas, na integridade de seu perfil moral e na projeção de suas realizações médico-sociais, equivale apontar, às jovens gerações do nosso país, um dos mais belos exemplos de amor à ciência e à pátria. Queira, portanto, o prezado colega e amigo aceitar, com as nossas homenagens, as expressões do nosso mais elevado apreço. Cordialmente a) Dr. Ivolino de Vasconcellos, Presidente do "Instituto Brasileiro de História da Medicina", Sede da "Federação Nacional para os Estudos de História da Medicina e das Ciências Afins".

O "Instituto", comemorando esta efeméride, realizará, no corrente ano, em colaboração com as en-



H EMOSTYL

Sôro hematopoiético vector dos
princípios poli-hormonais do
sangue circulante.



V I N H O - Garrafa com 320 cc.



A M P O L A S - Caixa com 6 ampolas (via oral)



X A R O P E - Vidro com 220 cc.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.

Rio de Janeiro

São Paulo — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

tidades científicas e culturais a que pertenceu Cardoso Fontes, entre outras significativas homenagens,

uma sessão solene, a fim de recordar a memória do benemerente brasileiro.

CONGRESSOS MÉDICOS

Congresso Pan Americano de Oftalmologia

Sua realização em Havana — Realizou-se em Havana de 4 a 10 de janeiro de 1948, de acordo com o programa, o III Congresso Pan Americano de Oftalmologia que foi um verdadeiro sucesso e uma consagração da oftalmologia deste continente. Compareceram cerca de 1.400 congressistas, tendo sido o programa desenvolvido em sua íntegra.

O programa havia sido organizado com a cooperação de todas as sociedades oftalmológicas do continente que escolheriam os seus próprios temas e relatores. A todos os temas foi atribuído um co-relator encarregado de abrir a discussão, apresentando o assunto tratado encarado de um outro ângulo. Essa circunstância e a de serem sempre os co-relatores de nacionalidade e idioma diferentes fez com que o desenvolvimento do programa tivesse um interesse todo especial.

Além das sessões científicas havia uma exposição científica, uma exposição técnica comercial, tendo sido também realizados cursos de instrução com discussões de mesa redonda.

Durante o Congresso foram eleitos os dirigentes da Associação Pan

Americana de Oftalmologia para o quadriênio 1948-1952: Presidente: Honorário Fundador — Dr. Harry S. Gradle; Presidente: Dr. Conrad Berens; Presidentes Honorários: Dr. A. Vazquez Barriere (Uruguai); Dr. Tomás R. Yanes (Cuba); Vice-Presidentes: Dr. Esteban Adrogué (Argentina), Dr. Aniceto Solares (Bolívia), Prof. Ivo Correa Meyer (Brasil), Dr. Santiago Barrenechea (Chile), Dr. Francisco Vernaza (Colômbia), Dr. Alexis Agüero (Costa Rica), Dr. Miguel Branly (Cuba), Dr. J. M. Varas S., (Ecuador), Drs. Frederick Cordes e William Benedict (Estados Unidos), Dr. Miguel Medrano (Guatemala), Dr. John Mac Millian (Canadá). Secretário Executivo para os países norte do Panamá: Dr. Thomas D. Allen. Secretário Executivo para os países ao sul do Panamá: Dr. Moacyr E. Alvaro. Secretário Assistente para a América Latina: Drs. Jorge Balza e Manoel A. da Silva, Secretário Assistente para os Estados Unidos: Dr. Brittain F. Payne. Secretário Assistente para a América Central: Dr. Feliciano Galomino Dena.

O próximo Congresso Pan Americano de Oftalmologia será realizado na capital do México em janeiro de 1952.

Congresso de Psiquiatria

Cincoentenário do Hospital de Juqueri — Transcorrendo a 18 de maio p. futuro o Cincoentenário do Hospital de Juqueri, o corpo clínico desse Estabelecimento resolveu promover solenidades, que deverão ser realizadas na última

semana de outubro e em que deverão tomar parte personalidades do país e estrangeiro.

Haverá um Congresso de Psiquiatria. Os temas estabelecidos para o programa estão assim constituídos:

A) Temas Gerais: 1.º Organização de serviços psiquiátricos; 2.º Classificação das doenças mentais; 3.º Terapêutica Psiquiátrica — Psicanálise; 4.º Assistência hospitalar e social ao Alcoolista; 5.º Assistência hospitalar e social ao Epiléptico. B) Temas de livre escolha.

Esta assim constituída a Comissão do Congresso de Psiquiatria:

Subcomissão Científica: drs. Francisco Tancredi, Mario Yahn, Anibal Silveira, André Teixeira Lima, Walter Maffei e Aloysio de Mattos Pimenta.

Subcomissão de Publicidade: drs. Osório Cesar, Hilton Neves Tavares, Edmundo Maia, Afonso Sette Jr. e Edú Machado Gomes.

Subcomissão do Selo Comemorativo: drs. Francisco Tancredi e Mario Yahn.

Subcomissão de Recepção: Esta subcomissão é constituída pelos médicos integrantes da Comissão científica e pelos drs. Darcy Uchôa e Julio Andrade Silva.

Subcomissão de finanças: Está constituída pelos drs. Ursulina Pen-teado, Coriolano Roberto Alves, Euripedes C. Miguel, José Maria Vasconcelos, Celso Pereira da Silva, Spartaco Vizzotto e Paulo de Barros.

Subcomissão organizadora do Programa do Congresso: drs. Raul Malta, Anibal Silveira, Coriolano Roberto Alves e Osório Cesar.

Secretaria do Congresso: drs. Hilton Neves Tavares, secretário geral e Stanislaw Khrynski, secretário.

Presidentes de honra: Presidente da República, ministro de Educação e Saude Pública, Governador de São Paulo, secretário da Saude e diretor geral da Assistencia a Psicopatas.

Membros: drs. Antonio Carlos Pacheco e Silva, Edgard Pinto Cesar, Marcondes Vieira e Pedro Silva.

Quaisquer esclarecimentos serão com prazer prestados pelo Centro de Estudos Franco da Rocha, Juqueri, Estado de São Paulo.

Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria

Resultados do certame — Presidida pelo prof. Martagão Gesteira e secretariada pelo Dr. Silveira Sampaio, teve lugar, no Rio de Janeiro, de 10 a 17 de outubro de 1947, a 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria. Trata-se do terceiro conclave de pediatras brasileiros. Os anteriores datam de 1922 e 1933.

Idealizado pelo prof. Martagão Gesteira e patrocinado pelo Exmo. sr. Ministro da Educação de Saude, o Dr. Clemente Mariani, o certame foi realizado sob os auspícios do Departamento Nacional da Criança, da Sociedade Brasileira de Pediatria e das cátedras de Puericultura e Clínica da 1.ª Infância e Clínica Pediátrica Médica. Reuniu no Distrito Federal, durante uma semana, 284 pediatras e puericultores, provenientes de quase todos os Estados do Brasil. Foram apresentados e discutidos 100 trabalhos.

A data escolhida teve por fim comemorar a Semana da Criança de 1947 com um congresso que atualizasse os problemas nacionais da maternidade e da infância para o prosseguimento da campanha oficial e das atividades particulares em favor da mãe e da criança.

Afim de divulgar o que se vem realizando nos numerosos serviços oficiais, semi-oficiais, e particulares de obstetrícia, de puericultura e de pediatria do país, foi organizada uma exposição de atividades, no Salão de Exposições do Ministério da Educação e Saude, ao lado do Auditório, onde tiveram lugar as sessões plenárias da Jornada.

Nessa exposição, que provocou grande interesse, foram afixados numerosos dados estatísticos, gráficos, tabelas, fotografias, etc., contendo ampla documentação sobre as realizações daqueles serviços.

O temário selecionado para o congresso foi o seguinte:

1.º Tema: Helmintos. Relator: Dr. Valter Teles. — 2.º Tema: Carências. Relator: Dr. Asdrubal Costa. — 3.º Tema: Serviço Social de Infância. Relator: Dr. Alvaro Bahia. — 4.º Tema: Mortalidade Infantil. Relator: Dr. Jaime Freire de Vasconcelos. — 5.º Tema: A) Tuberculose, Relator: Dr. Alvaro Aguiar; B) Coqueluche, relator: Dr. Milton Cordovil; C) Temas livres, relatores: os próprios autores. 6.º Tema: A) Legislação de Proteção à Maternidade e à Infância, relator: prof. Molo Teixeira; B) Organização dos Serviços de Proteção à Maternidade e à Infância, relator: Dr. Flammarion Costa.

Conclusões do tema "Carências" — 1. Fora da camada privilegiada, são más as condições de alimentação da criança brasileira, na atualidade. Os regimes alimentares são quase sempre pobres de proteínas, gorduras, sais minerais e vitaminas, e não chegam para a cobertura das necessidades calóricas mínimas. Concorrem para tanto a ignorância e o pauperismo.

2. As crianças que frequentam os nossos ambulatórios de Pediatria, na sua grande maioria, apresentam estado nutritivo que deixa muito a desejar. No mínimo, 70 a 80% delas estão em hipotrofia. Somente aquelas que têm menos de 4 meses de idade, e vivem ainda no regime de alactamento natural exclusivo podem ser consideradas como eutróficas, com critério não muito rigoroso de avaliação do estado de nutrição.

3. Entre as crianças com alterações da nutrição algumas exibem um quadro clínico especial, caracterizado por edemas, lesões da pele e mucosas, modificações do aspecto e consistência dos cabelos, alterações do humor, diarreia e diminuição da imunidade, afora sinais outros vários. Tal síndrome, encontrada com frequência assustadora ultimamente, tem sido descrita com apelidos diversos consoante a preferência do autor.

a) Os nomes preferenciais para a síndrome referida são: distrofia pluricarenal hidropigênica e inação com edema.

b) São sobretudo acometidas pelo mal crianças do 2.º ao 4.º ano de vida. Os dois sexos são igualmente atacados. Tanto são encontrados doentes de raça branca, como mestiça ou preta. Se, entre nós são menos frequentemente atingidas as crianças brancas, o fato deve ser atribuído à predominância dos representantes das raças mestiças e preta na classe mais pobre do país.

c) A sua causa é a alimentação deficiente, no sentido de uma carência múltipla. Há na alimentação dessas crianças a escassez de substâncias nutritivas plásticas e energéticas, assim como carência de vitaminas e pobreza de sais minerais.

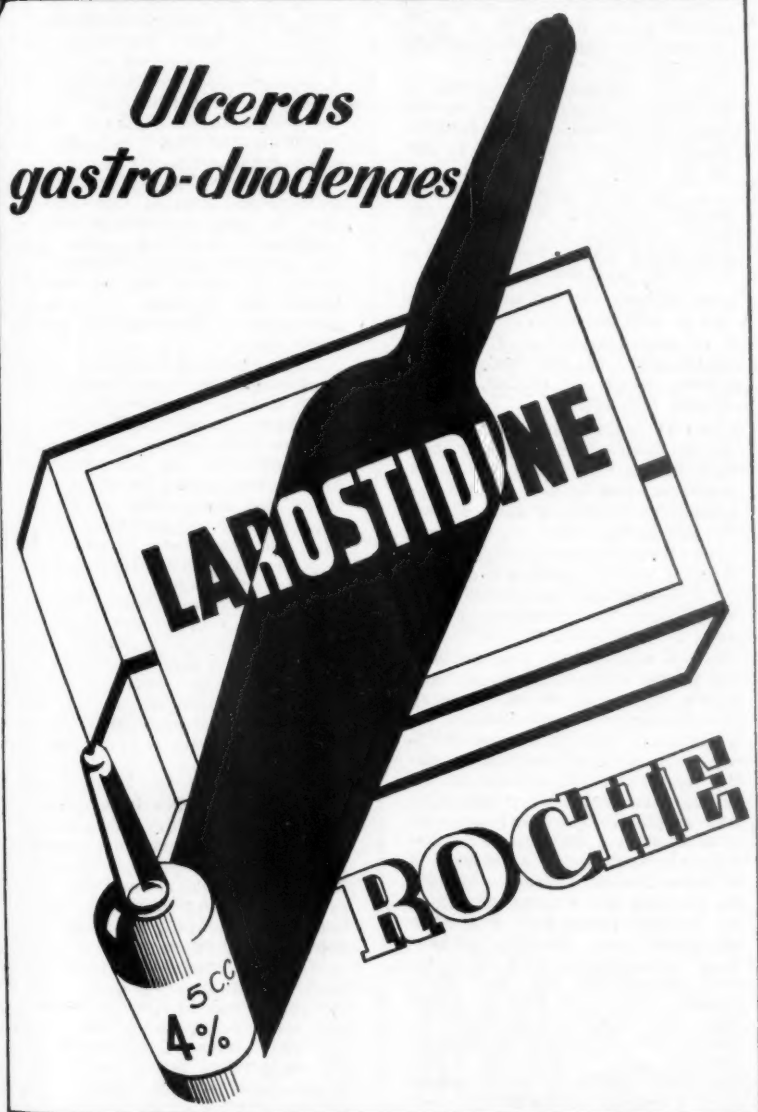
d) A síndrome não pode ser atribuída a uma carência pura de vitaminas.

e) Há baixo teor das proteínas plasmáticas, com inversão do quociente proteico. Não existe uma relação constante entre o teor de proteínas do sangue e o comportamento dos edemas. Quase todos os observadores referem casos do desaparecimento dos edemas com proteínas abaixo do limite crítico de Weech, 5 g. 0/00. O edema não pode ser explicado pura e simplesmente pela hipoproteïnemia. Há que levar em conta outros fatores, como a qualidade das soro-proteínas, a pobreza do organismo em lipídios e cálcio, o aumento da permeabilidade capilar, e quiza outros ainda ignorados.

f) O diagnóstico é fácil Não se justifica a confusão com verminose, nem com nefropatia. O exame de urina, de rotina, não revela elementos que possam servir de base à afirmação de uma nefropatia.

g) O prognóstico não pode ser avaliado pela extensão dos edemas, nem pelo estado da pele, ou pela duração da doença. Só a intensidade da estomatose hepática, verificada por biópsia, poderá ser elemento para julgar a evolução do caso.

*Úlceras
gastro-duodenais*



Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.
Rua Evaristo da Veiga, 101 — Rio

h) As pneumopatias agudas são complicações frequentes e muito graves da distrofia pluricarenal hidropigênica.

i) As vitaminas do complexo B, incluindo a niacina, estão contraindicadas no início do tratamento, porque aumentam a infiltração gordada do fígado.

j) Os leites ácidos, particularmente o leiteiro, têm-se demonstrado de utilidade como alimentação básica desses doentes, na fase inicial do tratamento.

k) Devem ser evitadas as sulfas de fácil absorção.

l) As vitaminas A, C e D, o plasma ou o sangue total, e a penicilina devem ser usados, quando houver indicação.

m) O lipocaico e o pó do estômago, associado ao HCL decinormal, devem ser empregados nessa síndrome, pois se têm revelado os agentes terapêuticos mais eficientes, até agora.

n) O tratamento da distrofia pluricarenal hidropigênica é complexo e dispendioso, requerendo quase sempre o internamento do doente.

o) A frequência atual do mal, em função do desajustamento econômico da época, está a exigir providências, que não podem ser proteladas. Entre essas providências uma há que nos parece muito importante. É o aumento do número de postos de puericultura e a ampliação da esfera de ação dos mesmos e instituições similares. Tais obras de assistência à infância deviam passar a atender as crianças até 4 anos de idade, no mínimo, procurando auxiliar a alimentação das mesmas, mediante o fornecimento de 1 ou 2 refeições apropriadas, por dia. Essa medida, posta em prática sobretudo nos centros industriais do país, poderia concorrer de maneira decisiva para a profilaxia dessa síndrome, resultando em benefício para a criança brasileira.

4) O raquitismo é relativamente frequente entre nós. Sua pesquisa deve ser incentivada em todo o país.

5) A avitaminose A é encontrada nos ambulatórios de Pediatria, sob a forma típica em crianças de idade superior a 2 anos. Conquanto pouco assinalada, com inusitada frequência fazem parte integrante do quadro clínico manifestações para o lado do aparelho respiratório.

6) O escorbuto infantil, doença de Moller-Barlow, como expressão de uma avitaminose pura é raramente encontrado entre nós. As manifestações de deficiência do ácido cevitâmico, que se nos depa-ram, são discretas, e, de regra associadas a sintomas de outras carências.

7) A síndrome beribérica, como manifestação de uma avitaminose pura, é rara nas nossas crianças. Entretanto, como foram verificados em vários países acidentes de avitaminose B1 em lactentes criados exclusivamente ao seio de nutrízes mal alimentadas, seria conveniente que os pediatras brasileiros levassem em consideração a possibilidade da existência dos mesmos entre nós.

Conclusões do Tema Serviço Social. I — a 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda: 1. que seja proibido o uso de nomes depreciativos e humilhantes para designar associações e instituições de proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência.

II — A 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria reconhece: 1. que a escola deve respeitar a liberdade de religião dos alunos 2. que o estudo social e biológico do escolar torna-se necessário para se depreender de suas possibilidades e aptidões, afim de se orientar seu futuro.

III — A 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda: 1. que as creches obedeçam ao planejamento e supervisão do órgão técnico competente; 2. que as creches sejam preferentemente distritais, que integrem os centros infantis, casas da criança, postos e centros de Puericultura, de modo que se ofereça às crianças uma assistência continuada até a idade escolar.

IV — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria reconhece: 1. que os Centros de Orientação Infantis e Juvenis são indispensáveis à higiene mental do adolescente e da criança, e recomenda: 2. que estes órgãos sejam criados em todo o país.

V — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda: 1. que as obras do tipo fechado ainda existentes no país sejam traçadas normas mínimas no sentido da modificação de sua forma de assistência, de acordo com plano delineado pelo órgão técnico competente; 2. que os estabelecimentos de proteção à Infância e à Adolescência, do tipo Internato, possuam no seu quadro funcional, médico, educador, psicologista e assistente social, ou solicitem a colaboração de serviços especializados que disponham destes técnicos; 3. que seja imediatamente extinta qualquer "Roda" de expostos ainda existentes no país.

VI — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda: 1. que as obras públicas ou privadas de assistência à Maternidade, Infância e Adolescência instalem Serviço Social especializado, de acordo com padrões estabelecidos pelo D. N. Cr.

VII — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda: 1. que nos casos de desajustamento social da família, que ponha em risco a permanência da criança no lar, seja sempre tentado seu reajustamento ao próprio lar; 2. que nos casos em que se torne impossível o reajustamento ao meio familiar, deve dar-se à criança um lar substituto ou a oportunidade de criar-se num ambiente que se aproxime o mais possível do meio familiar; 3. que o D. N. Cr. elabore um plano para colocação familiar em todo o país, promova o competente registro das agências e oriente suas atividades.

VIII — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria reconhece: 1. a utilidade de se proceder a inquéritos médicos-sociais,

cientificamente conduzidos, em todos os Estados da União, afim de se esclarecer as condições em que vive a infância brasileira.

Conclusões do Tema Organização de Proteção à Maternidade e à Infância. — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda: 1. que, através do Departamento Nacional da Criança seja estabelecida a uniformidade no planejamento dos programas de assistência à Maternidade, à Infância e à Adolescência em todo o país, evitando-se dispersões de esforços e planos demais para este fim;

2. que se solicite à Comissão de Finanças da Câmara dos Deputados e do Senado não venham a faltar recursos financeiros ao Departamento Nacional da Criança que bastem para promover nos Estados e Territórios a concessão de auxílios necessários ao desenvolvimento da campanha de proteção à Maternidade, Infância e Adolescência. Os Estados cujos orçamentos não permitam o desenvolvimento da campanha devem ter prioridade nos auxílios e receber verbas proporcionalmente maiores.

3. que o Departamento Nacional da Criança elabore um projeto de regulamentação do Serviço Social da Infância com definição de atribuições e funções;

4. que o Sr. Ministro da Educação e Saúde, agora que se está promovendo a reestruturação do ensino no Brasil, torne obrigatório nas escolas primárias, secundárias e normais o ensino da Puericultura, devendo serem realizados os trabalhos práticos, se possível, em instituições especializadas;

5. que se crie uma repartição central autônoma especialmente destinada à direção das atividades de proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência, nos Estados que ainda não a possuem;

6. que sejam revisadas as Leis de Consolidação do Trabalho no que se refere às creches e se solicite ao Congresso Nacional providências no sentido que estes Serviços sejam criados em todos os

estabelecimentos públicos ou privados;

7. que se nomeie uma comissão de elementos representativos do Departamento Nacional da Criança, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Viação e Obras públicas, do Ministério da Agricultura e da Secretaria Geral de Agricultura do Distrito Federal, que se incumba dum inquérito em torno do problema do leite de vaca, com informações quanto aos processos relativos à sua conservação e à sua escassez para a maior distribuição no país, da mesma feita enumerando quais os impostos e taxas relativos ao leite em pó, condensado e leiteiro, importados ou produzidos no país, e para que, com base neste inquérito, possa o Governo providenciar para atender às necessidades públicas desse produto indispensável à população infantil;

8. que se divulguem os métodos de pesquisas do Rh sanguíneo entre os processos de proteção a Maternidade e à Infância;

9. que se promova investigação junto aos órgãos responsáveis pelo destino da criança, para a verificação da "incidência dos distúrbios gastro-entero-tróficos de repetição nos lactentes matriculados nos lactários".

10. que se ensaie a Assistência Post-Natal a Domicílio em complemento ao Serviço Obstétrico Domiciliar desde que na localidade haja deficiência de leitos maternos e se conte com pessoal técnico e recursos apropriados;

11. que se estimule a criação de cantinas maternas nos postos e centros de puericultura e se promova distribuição de ração alimentar supletiva às gestantes e nutrízes dos consultórios pré-natais.

12. que se estimule a instalação de bancos de leite humano, principalmente nas capitais do Brasil;

13. que se promova a difusão de cursos práticos para o preparo, treinamento e revisão de matéria, destinado a médicos, parteiras e educadores e principalmente para o pessoal auxiliar dos serviços já

criados ou que vierem a ser criados;

14. que se intensifique a propaganda escrita ou falada em favor da Puericultura, tendo em vista o valor do aleitamento materno;

15. que se promova a verificação do estado das construções realizadas, mas ainda sem instalação ou sem funcionamento, promovendo-lhes os meios para isto, e garantindo-lhes a manutenção;

16. que se facilite o funcionamento de consultórios de Pediatria nos postos de puericultura em horas diferentes das que se dão consultas, desde que na localidade não haja serviço destinado a crianças doentes;

17. que se promova o ensaio, a título de experimentação, da criação do Serviço Nacional Volante de Combate à Mortalidade Infantil;

18. que se estimule a criação de cantinas destinadas a pré-escolares e escolares.

Conclusões do Tema Mortalidade Infantil. 1.ª Conclusão: A mortalidade infantil é função do meio físico e social, variando em grande parte na razão inversa do grau de riqueza e de cultura das comunidades.

2.ª Conclusão: A elevação do nível econômico e cultural do povo se impõe, como medida essencial ao combate da mortalidade infantil.

3.ª Conclusão: Sendo a desnutrição o fator preponderante da mortalidade infantil, impõe-se a adoção de medidas de proteção e desenvolvimento da agro-pecuária, afim de se atenderem as necessidades mínimas alimentares da população brasileira.

4.ª Conclusão: O serviço social é um dos melhores recursos de que dispomos para o melhoramento do meio social.

5.ª Conclusão: Para o combate à mortalidade infantil, o aumento das verbas destinadas ao amparo da maternidade, da infância e da adolescência é primordial.

6.ª Conclusão: Os serviços de proteção direta à maternidade e à

infância são eficientes e precisam ser auxiliadas e multiplicadas.

7.^a Conclusão: Segundo os 25 trabalhos apresentados ao tema, nossos atuais coeficientes de mortalidade infantil são os seguintes:

I — Coeficiente forte (70 a 99 por mil), tendendo a moderado (50 a 69 por mil): Curitiba.

II — Coeficientes muito fortes e fortes: em 2/3 do Estado do Rio Grande do Sul.

III — Coeficientes muito fortes (acima de 100 por mil); em 12 cidades do Brasil e no Distrito Federal, assim distribuídos:

A — Coeficiente muito forte, com tendência ascendente: Fortaleza (Ceará), Rio Branco (Acre) e Birigui (São Paulo).

B — Coeficiente muito forte, com tendência estacionária: Recife (Pernambuco).

C — Coeficiente muito forte, com tendência descendente: Penedo (Alagoas), Juiz de Fora (Minas Gerais), Niterói (Rio de Janeiro), Distrito Federal, Morretes e Ponta Grossa (Paraná), Florianópolis (Santa Catarina) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul).

8.^a Conclusão: Na opinião dos autores que concorreram ao tema "Mortalidade Infantil", são fatores indiretos dessa mortalidade:

1.^o — a miséria;

2.^o — a ignorância;

3.^o — a habitação anti-higiênica;

4.^o — o latifúndio;

5.^o — a excessiva ou a diminuta densidade de população;

6. — a falta ou a irregularidade no abastecimento de alimentos à população, sobretudo de leite;

7.^o — o abandono precoce da alimentação natural.

9.^a Conclusão: A maior parte dos trabalhos apresentados salienta que, entre os fatores diretos, o perigo alimentar continua predominando sobre o infeccioso e o congênito.

10.^a Conclusão: Quase todos os estudos apresentados frisam que os coeficientes oficiais de mortali-

dade infantil não correspondem rigorosamente à realidade, devido à deficiência do registro civil de nascimento. Algumas aconselham que se façam inquérito, para a apuração dos coeficientes, com métodos especiais, como o método preconizado pelo Departamento Nacional da Criança, e o método do coeficiente R.

Recomendações: Considerando as conclusões a que chegaram os autores dos estudos apresentados ao tema "Mortalidade Infantil", a 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda aos poderes competentes:

1 — O aumento das verbas dos serviços oficiais, para-estatais, autárquicos e autônomos, de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, para melhoramento e ampliação dos seus serviços e, principalmente, para aumentar o auxílio à iniciativa particular.

2 — A reserva de certa percentagem da renda bruta dos Estados, Territórios e seus Municípios, para a proteção da maternidade, da infância e da adolescência.

3 — Que se incentive a colaboração financeira dos particulares, para amparo à maternidade e à infância.

4 — A multiplicação dos serviços médicos, preventivos e curativos, de amparo à maternidade, à infância e à adolescência, em todo o país, oficiais e particulares.

5 — A instalação, o mais cedo possível, do serviço social em todas as obras de assistência à maternidade, à infância e à adolescência, oficiais e particulares, de todo o Brasil, com pessoal devidamente preparado e treinado.

6 — A intensificação da alfabetização do povo e a congratulação com os Poderes Executivos e Legislativos, pelas medidas legislativas em favor do ensino e pela atual campanha de alfabetização de adultos.

7 — Que o ensino da puericultura seja incluído nos cursos primário e secundário, para o sexo feminino e seja incentivado nas

obras de proteção à maternidade e à infância.

8 — A campanha educativa, em todo o território nacional, em favor do exame pré-nupcial.

9 — A difusão do ensino da agricultura e da avicultura à infância e à adolescência.

10 — A criação de postos de puericultura volantes.

11 — A campanha em favor da alimentação natural, adotando-se, entre outras medidas, os prêmios de amamentação e a melhoria da alimentação das gestantes e das nutrizes.

12 — O melhoramento do abastecimento do leite e dos alimentos de primeira necessidade.

13 — A distribuição de leite e de outros alimentos nos serviços de proteção à maternidade e à infância.

14 — A substituição dos barracos por habitações higienicas.

15 — A difusão da pequena propriedade rural.

16 — A incentivação do registro civil de nascimento, pela propaganda e pela criação das seguintes facilidades:

a) tornar gratuito o registro e a certidão de nascimento;

b) articular tôdas as obras de amparo à maternidade e à infância com os cartórios de registro civil, para o registro dos clientes dessas obras ainda não registradas;

c) criar os cartórios ambulantes;

d) criar "áreas de registro", em todo o território nacional;

e) a adoção, pelos poderes públicos, de medidas que obriguem as diversas seitas religiosas a exigirem a apresentação do registro civil, para a efetivação dos batismos;

f) incumbir a autoridade policial ou fiscal, nos lugares onde não existirem cartórios de registro civil, de encaminhar a notificação ao cartório civil mais próximo.

17 — A criação de serviços de "verificação de óbitos" pelo menos

nas capitais dos Estados e Territórios da Federação.

18 — Que, em face da disparidade de níveis da mortalidade muito forte no Brasil, seria aconselhável a junção, àquela expressão, de um expoente — 1, 2, 3, 4, etc. — que indique a centena onde ela se encontra.

Conclusões do Tema Legislação — A 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria recomenda:

1 — A criação, em cooperação entre a União e os Estados, nas capitais, de institutos de puericultura, para a formação técnica de pessoal.

2 — que, sob a orientação dêsses institutos, sejam criados cursos práticos e elementares de puericultura, nas unidades de proteção à maternidade e à infância.

3 — recomenda, ao Poder Legislativo, especial interesse pelo ante-projeto da lei de adoção, da autoria do Dr. Gustavo Lessa, acrescentando-se, ao art. 6, item A, além de condições materiais e morais, condições "psicológicas", adicionando-se um terceiro item, c) se qualquer dos adotantes sofre de moléstia contagiosa ou crônica incurável.

4 — É de tôda a vantagem, para os efeitos de estatísticas de mortalidade infantil e materna, que se unifiquem, para todo o Brasil, os modelos e os dizeres dos atestados de óbito.

5 — Que se suprima, no art. 16, parágrafo 1, do decreto n.º 4.857, de 9/11/1939, a faculdade que tem o Oficial, de poder exigir o reconhecimento de firmas, nas comunicações ao Registro Civil, devendo prevalecer a regra do requerimento verbal sob a fé de duas testemunhas idôneas.

6 — Nas zonas rurais, sejam obrigados os proprietários, gerentes e administradores a registrar em guias oficiais, os nascimentos ocorridos nos domicílios de sua gestão, e que serão enviados para os efeitos legais ao Cartório de jurisdição, sob a responsabilidade dos que a preencheram.

7 — Nenhuma instituição de proteção à infância, sob qualquer denominação que tenha, com finalidades filantrópicas ou lucrativas, poderá funcionar em todo o território nacional sem adotar as normas técnicas do Departamento Nacional da Criança, dos Departamentos Estaduais da Criança ou da repartição oficial equivalente a estes.

8 — A criação da "Federação Brasileira de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência", da qual poderão fazer parte todas as associações, obras e instituições particulares de proteção à mãe e à criança do Brasil, inclusive as que incluem, entre outros objetivos, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência.

9 — A fundação de Associações Estaduais e Territoriais de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência, em cada Estado e Território da Federação, todas articuladas com a Federação Brasileira, sediada no Distrito Federal.

10 — O estudo, pelos órgãos competentes, do problema do aprendizado profissional dos menores de 14 anos, onde não existirem os institutos previstos no parágrafo único do art. 403, da Consolidação das Leis do Trabalho.

11 — Que os municípios de renda superior a um milhão de cruzeiros (Cr\$ 1.000.000,00) se obriguem a manter uma unidade elementar de proteção à maternidade e à infância; que aqueles de renda superior a quinhentos mil cruzeiros (Cr\$ 500.000,00) contem com a cooperação da União e do Estado; o que nos de menos de quinhentos mil cruzeiros (Cr\$ 500.000,00), seja esta medida, atribuição da União e do Estado.

12 — Que a legislação brasileira atenda ao filho ilegítimo, equiparando-o, para o efeito da pensão alimentar, ao filho legítimo.

13 — Recomenda, ao Poder Legislativo, a revogação do art. 398, e aos Poderes competentes, o cumprimento do parágrafo único do art. 398 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Conclusões do Tema Tuberculose Infantil — A 1.^a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, reconhecendo a gravidade do problema da tuberculose no Brasil, problema este que precisa ser atacado em conjunto, sem delimitações de idades, empresta seu apoio ao programa elaborado pelos técnicos do Serviço Nacional de Tuberculose (S. N. T.) para a "Campanha Nacional contra a Tuberculose".

Recomendações: 1 — Dada a importância do diagnóstico precoce na luta contra a tuberculose, os hospitais infantis e, na medida de possível, todos os estabelecimentos de assistência à maternidade e à infância devem estar aparelhados para a prática da Abreografia sistemática das crianças, seus comunicantes e das gestantes.

2 — Considerando vantajoso, na execução do cadastro torácico, a instituição da unidade móvel, tendo-se em vista as grandes distâncias com núcleos esparsos de população e as facilidades que proporcionam ao exame das coletividades escolares, urge sua maior difusão em nosso País.

3 — Os testes tuberculinicos devem constituir exames de rotina nos serviços de pediatria, puericultura e demais coletividades infantis.

4 — Visando corrigir as estatísticas nacionais de incidência da tuberculose na criança, recomenda-se a sistematização do diagnóstico etiológico pela pesquisa do bacilo de Koch "in-vivo" e nos quadros anatômicos "post-mortem".

5 — Na luta contra a tuberculose infantil, ao lado das medidas visando melhorar as condições de resistência inespecífica e evitar o contágio (alimentação adequada, habitação higiénica, educação sanitária, preventórios, colônias de férias, centros de colocação familiar, isolamento e tratamento do doente), é indispensável a maior difusão possível da premunicação oral com B. C. G., em todas as idades, especialmente no recém-nascido.

6 — Dos chamados "Conselhos Acessoriais" da "Campanha Nacional contra a Tuberculose" devem também fazer parte os Diretores dos Departamentos e Serviços de proteção e assistência à maternidade, à infância e à adolescência dos Estados, Territórios e do Distrito Federal, bem como, nos municípios, o médico chefe do Posto de Puericultura.

Conclusões do Tema Helmintos. — A 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria reconhecendo o grave problema das helmintoses no Brasil, e principalmente na infância, isistirá junto aos Governos no sentido de serem incrementadas as Campanhas tendentes a reduzir os efeitos da endemia. Com o mesmo objetivo, conclamará os clínicos, associações religiosas, professorado (sobretudo rural) e demais elementos de notória influência sobre a massa popular, no sentido de patrocinarem movimentos de ação destinados a melhorar as condições sanitárias da infância brasileira, independentes de quaisquer campanhas governamentais, embora em estreita ligação com as mesmas.

2 — Recomendará o uso, sempre que possível, do método de contagem de ovos nas fezes, de Stoll, não só para indicar a oportunidade do tratamento anti-helmíntico, como também para avaliar sua eficácia, e a necessidade de novas curas.

3 — Pedirá aos órgãos competentes que possibilitem, em todos os grupos escolares do Brasil, a prática periódica dos exames de fezes, por funcionários treinados, sob a supervisão de autoridades sanitárias locais ou regionais, a estas competindo orientar a profilaxia e o tratamento.

4 — Reconhece que não existe ainda um anti-helmíntico ideal; todavia recomenda como medicamentos mais eficazes o tetracloretileno na ancilostomose, o hexilresorcinol na ascarirose (casos individuais, em criança acima de 4 anos), e a violeta de genciana medicinal na oxiurose e na estron-

gilose. Nas campanhas sanitárias acima planejadas, recomenda a associação tetracloretileno-quenopódio, nos casos de parasitismos múltiplo, mormente tendo em conta o elevado custo do hexilresorcinol, cujos resultados, aliás, não são superiores. Ademais, propõe que seja elaborada uma padronização do tratamento das helmintoses, a qual será divulgada amplamente entre a classe médica.

5 — Reconhece que ainda não se dispõe de um preparado deveras eficaz na tricocefalose, o mesmo acontecendo no que respeita às teníases, se bem que quanto a estejamos melhor armados.

6 — Reconhece o papel das carências em várias manifestações clínicas das hementoses, e recorda a necessidade de atender-se a este fator, inclusive por meio da administração em larga escala da medicação ferruginosa, ou sua inclusão a alguns alimentos básicos, conforme propôs Walter Cruz.

7 — Embora reconheça que a prescrição de um anti-helmíntico pelo médico implica sempre na avaliação cuidadosa das condições gerais da criança, recomenda o abandono dos vermífugos de eficácia precária, ou que reconhecidamente apresentam maior perigo, pela sua acentuada toxicidade ou escassa margem de segurança, como o betanaftol, santonina, timol, tetracloreto de carbono, peletierina, fonotiazina.

8 — Insistirá junto às autoridades competentes, afim de que sejam considerados como de "Vendas sob prescrição médica" todos os produtos destinados a combater as verminoses, medida essa que implicará na proibição de seus anúncios na imprensa leiga.

Conclusões do Tema Coqueluche. — 1 — A pesar de não constituir um dos mais graves problemas sanitários, em nosso país a coqueluche ocupa um lugar destacado, no obituário das doenças infecto-contagiosas agudas peculiares à infância e constitui um problema médico-social de indiscutível importância entre nós.

2 — A mortalidade por coqueluche é 3 vezes maior que a por difteria e igual à desta doença e à do sarampo reunidas.

3 — Na luta contra a coqueluche, devemos visar em primeiro lugar a imunização preventiva pela vacina de tipo Sauer.

4 — Aconselhamos a sua prática sistemática, nos Postos de Puericultura assim como em qualquer outra unidade de Proteção à Infância.

5 — Considerando o risco maior, a que estão sujeitos os lactentes, principalmente os de tenra idade, achamos que a vacinação preventiva contra a coqueluche deverá ser a primeira a aplicar-se.

6 — Trabalhos recentes de Sak-revelaram que a vacinação isolada contra a coqueluche é mais eficiente do que quando associada a anti-diférica e antitetânica. No entanto aconselhamos a prática da associada, quando houver maior facilidade em sua aplicação.

7 — Encarecemos a necessidade de um local, em todo Serviço Externo de Clínica Pediátrica, destinado ao tratamento dos coqueluchentos.

8 — Com esse consultório especializado atraímos melhor os doentinhos, damos-lhes tratamento adequado, vigiamos-lhes a evolução da doença, e, ao mesmo tempo proporcionamos às mães conselhos sobre os cuidados higiênicos necessários.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Produção artificial dos "mesons"

Como se deu a descoberta — "O Estado de São Paulo", de 17 de março, publicou as seguintes informações que, com a devida venia, transcrevemos: O jovem cientista brasileiro, dr. Cesar Mansueto Giulio Lattes, que descobriu a produção artificial dos "mesons", concedeu ontem uma entrevista a "O Estado de S. Paulo". Embora seja hoje um nome de projeção mundial e esteja recebendo, a cada instante, as mais expressivas demonstrações de apreço dos círculos científicos dos Estados Unidos, o dr. Lattes é um homem extremamente modesto.

Declarou, inicialmente, que deve grande parte do seu êxito à sua esposa, dona Martha Lattes, a quem considera a verdadeira inspiradora dos seus trabalhos principalmente porque, nos momentos de dúvidas das pesquisas iniciais, ela o estimulava, possuída de uma fé inabalável na vitória final da árdua e ingrata tarefa.

Não olvidou, também, o dr. Lattes, os seus companheiros da Uni-

versidade de Bristol, com os quais trabalhou intensamente, durante longos meses.

O cientista brasileiro fez a grande descoberta apenas nove dias após haver iniciado as suas investigações no "Radiation Laboratory" de Berkeley, mas desde 1945, depois de ter completado seus estudos na Universidade de São Paulo, vinha trabalhando na pesquisa dos raios cósmicos e das partículas subatômicas.

Em 1945, seguiu o dr. Lattes para Bristol, na Inglaterra, em cuja Universidade desempenhou importante papel nos trabalhos de aperfeiçoamento dos processos especializados para o estudo dos raios cósmicos por meio de emulsões fotográficas. Os cientistas do grupo de Bristol não dispunham de um super-bombardeador de átomos ("ciclotron"), como o que existe em Berkeley. Por esse motivo, viram-se obrigados a procurar as fugidias partículas "mesons" (também chamadas "mesotrons") nos raios cósmicos, em plena natureza.

O trabalho era insano e de resultados limitados. Estiveram nos picos dos Pirineus e dos Andes. É verdade que Lattes e seus companheiros alcançaram alguns resultados com tantos sacrifícios. No ano passado (depois de exaustivas e tedosas experiências, algumas chapas foram impressionadas por leves traços de "mesons", mas as conclusões científicas ainda eram algo duvias.

O dr. Cesar Lattes passou três meses nos Andes bolivianos, conseguindo então maiores progressos nas suas pesquisas.

As chapas por ele obtidas na Bolívia constituíram um dos principais fatores das descobertas recentemente anunciadas pelo chamado "grupo de Bristol". Depois de auxiliar pessoalmente a análise das chapas dos raios cósmicos, o dr. Cesar Lattes regressou a São Paulo, onde contraiu matrimônio.

A convite do dr. Eugene Gardner e dispondo de uma bolsa de estudos da Fundação Rockefeller, veio então o cientista brasileiro para a Califórnia, a fim de continuar o seu trabalho, já não mais em contacto direto com a natureza, mas, sim, com o maior "ciclotron" do mundo.

A chegada do dr. Cesar Lattes a Berkeley coincidiu com um dos mais notáveis acontecimentos no campo das pesquisas sub-atômicas. Pouco antes, o dr. Eugene Gardner havia conseguido aperfeiçoar definitivamente os seus métodos para o emprego das emulsões fotográficas no "ciclotron".

O físico brasileiro não perdeu tempo e pôs-se imediatamente a trabalhar no Laboratório de Radiações, valendo-se das recentes descobertas do dr. Gardner para desvendar e repetir por meios artificiais o segredo da produção da mais misteriosa de todas as partículas atômicas, os "mesons", cuja "vida" não passa de dois dionésimos de segundo. Suas pesquisas foram iniciadas no dia 12 de fevereiro e apenas nove dias depois havia o dr. Cesar Lattes descoberto a produção artificial dos "mesons".

O enviado de "O Estado de S. Paulo" obteve, na Universidade da Califórnia, uma descrição fiel do que ocorreu na memorável noite de 21 de fevereiro de 1948.

Embora fosse sábado, dia geralmente destinado aos fazeres do "week-end", o cientista brasileiro não arredava pé do gigantesco ciclotron. No laboratório iluminado, o bombardeador atômico arremassando seus projéteis — núcleos de átomos, de hélio — sobre uma placa de metal de carbono, operava a uma velocidade de 380 milhões de volts-electrons.

Os projéteis atômicos, saindo sobre os átomos de carbono, produzem explosões e fragmentos atômicos. O dr. Cesar Lattes captava os fragmentos dessas explosões nas chapas emulsionadas e rapidamente as levava para análise em poderoso microscópio. Subitamente, o físico brasileiro dirigiu-se com duas chapas na mão, ao dr. Eugene Gardner e, trêmulo de emoção, disse-lhe:

— "Veja, doutor, há "mesons" negativos nestas chapas".

O dr. Eugene Gardner declarou ao correspondente:

— "Quando Lattes me apresentou as duas chapas, duvidei das suas afirmações. É que não havia nelas as "estrelinhas" (pequenos traços de conformação semelhante às de impressão de um pé de galinha nas linhas de radiação e que constituem o indicio característico da explosão atômica infinitesimal produzido quando um "meson" colide, na emulsão, com um nucleão carregado positivamente.

— "Lattes insistiu" — prosseguiu o dr. Gardner — "Reiterou que as duas chapas revelavam a existência dos "mesons" e, já bastante nervoso com as minhas dúvidas, disse:

— "Da próxima vez trar-lhe-ei não duas, mas dez chapas e nelas o senhor verá as "estrelinhas".

— "Com efeito — concluiu o dr. Gardner — Lattes pôs-se novamente a trabalhar no "ciclotron" e me trouxe novas chapas. Nelas notavam-se as "estrelinhas" características dos "mesons".

O correspondente conversou a seguir com o dr. Ernest O. Lawrence, premio Nobel de física e inventor do "ciclotron", do qual obteve outros pormenores do que ocorreu na noite de 21 de fevereiro:

— "Quando Lattes me apresentou as primeiras chapas, também manifestei-lhe minha incerteza. Ele mostrou-se impaciente comigo. Não prossegui na discussão porque, afinal, era ele o perito em "mesons", enquanto eu, nessa particularidade, não passo de simples amador.

— "Quando, porém, me apresentei, depois, oito chapas e em seis delas lobriguei nitidamente as "estrelinhas", tive de render-me à evidência e fiquei plenamente convencido de que Lattes havia descoberto a produção artificial dos "mesons".

O que se passou nos momentos seguintes, no "Laboratório de Radiações", é difícil descrever. Por um pequeno espaço de tempo os trabalhos ficaram paralisados, mas, logo após, todo o grupo de cientistas atômicos da Universidade da California entregou-se ao trabalho, sob o comando de Cesar Lattes, e os "mesons" começaram a ser produzidos em quantidade. As explosões do ciclotron depois de 60 minutos de trabalho, haviam dado mais "mesons" do que o grupo científico britânico de Bristol, conseguira obter, com os raios cósmicos, em um ano de arduo trabalho.

O dr. Cesar Lattes, um homem muito jovem, capaz de dissertar com a máxima autoridade sobre a teoria nuclear, mas extremamente hesitante e laconico quando se tra-

ta de falar do seu próprio êxito espetacular.

— "Tive a boa sorte incrível — afirmou — de poder trabalhar com os grandes cerebros — os próprios pioneiros da ciência atômica. Que fosse permitido a alguém, tão moço como eu, operar com o maior equipamento do mundo, é algo superior aos meus sonhos mais ou-sados".

O dr. Cesar Lattes ocupa hoje lugar de realce, entre os maiores físicos do mundo, como Edwin Mac-Millan, Luis Alvarez, Rozert Thornton e outros.

Não foi possível ao enviado do "O Estado de S. Paulo" obter maiores esclarecimentos técnicos acerca da produção artificial dos "mesons", porque os trabalhos do cientista brasileiro estão sob rigoroso sigilo, exigido pela Comissão de Energia Atômica dos Estados Unidos. Por esse motivo, não podem ser também reveladas as consequências das pesquisas do dr. Lattes.

O físico brasileiro consentiu, todavia, que, relativamente às perspectivas futuras da produção artificial de "mesons", divulgasse-mos estas suas palavras:

— "Proseguiremos na nossa tarefa de classificar e aperfeiçoar outros métodos de produzir "mesons". Embora não nos seja possível aumentar a potencialidade do "ciclotron", poderá haver meios de obter "mesons" produzidos pelo homem em quantidade maior do que no momento presente. Não me é possível revelar, porém, os avanços que estamos conseguindo nesse sentido". — (Robert Prescott).

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

La maladie hémolytique du nouveau-né — M. Bessis, Masson & Cie, Paris, 1947.

O A. apresenta uma síntese das últimas descobertas sobre a etiologia e o mecanismo fisio-patoló-

gico. Orienta, também, os laboratoristas nas pesquisas sorológicas necessárias ao diagnóstico e ao tratamento da moléstia. Os pontos ainda obscuros são discutidos à luz de observações e experiências

personais. Calcula o A. que cerca de 5.000 abortos espontâneos poderiam ser atribuídos anualmente em França, à incompatibilidade sanguínea. As regras de diagnóstico e o tratamento são cuidadosamente tratados pelo A. O livro tem 262 páginas com 49 figuras.

Pancreatitis aguda — Alfonso Albanese, Editoria Leyca, Buenos Aires, 1942.

Para se aquilatar do grande valor deste livro, basta conhecer o que diz Ricardo Finochietto no prefácio: "o dr. Alfonso R. Albanese põe nas mãos do mundo médico o que estimo as armas mais eficazes para o tratamento da pancreatite aguda: uma idéia sobre a doença e o bloqueio anestésico esplanchnico-semilunar, bilateral e repetido". Nada mais é preciso dizer para que o livro interesse a clínicos e a cirurgiões. O livro contém mais de 150 páginas e foi feito à luz da observação cuidadosa de 41 casos clínicos.

The surgical treatment of osteoarthritis of the Hip-point — Herman Gade, edição da Acta Chirurgica Scandinavica, Oslo, 1947.

O A. apresenta uma bem documentada contribuição ao tratamento cirúrgico da osteoartrite da articulação coxo-femural, detendo-se, particularmente no estudo clínico de 115 casos, nos quais praticou 130 intervenções. Com material assim tão volumoso e submetido a um controle científico altamente orientado, fez o A. u'a monografia de valor, capaz de traçar normas de conduta segura para quantos se dediquem a cuidar de casos tais, principalmente em recorrendo aos processos cirúrgicos, dos quais ele apresenta a técnica detalhada e uma crítica sincera. O volume tem 290 páginas, com ilustrações.

História da Medicina Portuguesa — M. Ferreira de Mira, Empresa Nacional de Publicidade, Lisboa, 1947.

Em um alentado volume de 558 páginas, o A. escreve a história da medicina portuguesa, apontando as suas ligações com a história geral da Medicina. O livro é de leitura amena, interessando não só os profissionais da Medicina como também os leigos que desejem informar-se sobre este ramo de cultura. Contem precioso repositório de fatos para os que queiram se dedicar a investigações históricas. O livro está dividido em 42 capítulos, versando os mais variados aspectos da Medicina no correr dos tempos. Numerosas gravuras ilustram o texto e um índice alfabético torna fácil qualquer consulta. É uma obra valiosa para o conhecimento da evolução das ciências médicas em Portugal.

Doenças Transmissíveis — Raul d'Almeida Magalhães, 3.a edição do Serv. Nacional de Educação Sanitária, Rio, 1945.

Obra destinada à vulgarização de conhecimentos sobre doenças transmissíveis o livro do conhecido higienista patricio já alcançou a 3.a edição, acontecimento poucas vezes verificado na literatura médica brasileira. Trata-se, de fato, de um compendio que é um verdadeiro manual, capaz de dar informes rápidos e seguros aos que se empenham no combate às moléstias transmissíveis. O volume tem 120 páginas.

Enterococci in urinary tract infections — Gustav Giertz, edição de Acta Chirurgica Scandinavica, Estocolmo, 1946.

Fazendo um estudo do ponto de vista clínico e bacteriológico da infecção urinária, ponde o A. verificar a grande incidência dos enterococos (240 para 8 Streptococcus) nos serviços do Karolinska Szukhuset, de Estocolmo. Concluiu que esses germes não dão infecção com características especiais. O sulfatiazol é às vezes ineficaz, cabendo por conta do ácido mandélico os melhores resultados. Pelo apurado critério com que foi feito este trabalho, é ele digno de ser conhecido pelos especialistas.

Folhetos e Separatas recebidos

Benigem Strictures of the Biliary Ductus, Richard B. Castell, Separata de The Journal of the American Medical Association, 17 de maio de 1947, vol. 134, p. 235-239.

Tumors of the Carotid Body, Frank H. Lahey e Kenneth W. Warren. Separata de Surgery, Gynecology and Obstetrics, setembro de 1947, vol. 85, 281-288.

Thiouracil: Remission or Relapse of Hyperthyroidism after Discontinuing Its Use, Elmer C. Bartels. Separata de The American Journal of Medicine, II, 2, 1947.

The Use of Thiouracil, Thiobarbital, and Propyl Thiouracil in Patients with Hyperthyroidism, Frank M. Lahey e Elmer C. Bartels. Separata de Annals of Surgery, 125, 5, maio de 1947.

Earlier ileostomy in severe ulcerative colitis, Frank H. Lahey, Separata de Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. 85, agosto de 1947.

Prognosis in Carcinoma of the Colon and Rectum, Bentley P. Colcock, Separata de Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. 85, julho de 1947.

Extensive combined thoracolumbar sympathectomy in Hypertension, James L. Poppen, vol. 84, junho de 1947.

Las ulceras supramaleolares por arteriolitise de los grandes hipertensos, L. Oller-Crosiet, Separata de Medicina Clínica, V, VIII, 3.

Ulcera supramaleolar hipertensiva, F. Martorell Separata de Medicina Clínica, V, 4, 1947.

El tratamiento de la arterioesclerosis obliterante por el extracto esplénico de caballo y de buey, F. Martorell, Separata de Medicina Clínica, V, VIII, I., janeiro de 1947.

El síndrome de obliteración de los troncos supra-aórticos, F. Martorell y J. Fabrè Tersol, Separata de Medicina Clínica, II, 1.

Alteraciones de la Circulación venosa en las vísceras del abdomen, F. Martorell, Separata de Medicina Clínica, III, IV, 3.

Triple embolectomia em ocho dias, Curación, Dr. F. Martorell, Separata de Medicina Española, 97, abril de 1947.

Aspectos prácticos da psiquiatria norte-americana, Armando Caiuby Novais, V, 2 junho de 1947.

The importance of Malignant degeneration as a complication, of chronic ulcerative colitis, Richard B. Cattell e Earl J. Boehme, Separata de Gastroenterology, vol. 8, 6, junho de 1947.

Higiene Pré-Natal, Clovis Correa da Costa, Ministério da Educação e Saude, 1945, Rio de Janeiro.

Palestras de Higiene na Rádio Tupi, Savino Gasparini, 1.a, 2.a e 3.a series, Ministério da Educação e Saude, Rio de Janeiro, 1945.

Por Neutros Niños, Dr. Luiz P. Romanguera, Municipio de La Habana, Departamento de Sanidad Municipal.

Jalepat ☆ **Fígado, ferro e vitaminas, às colheradas nas anemias**

Teses recebidas

Die Entwicklung der Anschauungen über die pathogenese der multiplen sklerose seit 50 jahren, Julie Zimmerli, Basel 1946.

Ueber den Vitaminbedarf des amerikanischen Reismehlkafers *Tribolium confusum* Duval, Herbert M. Rosenthal, Basel 1946.

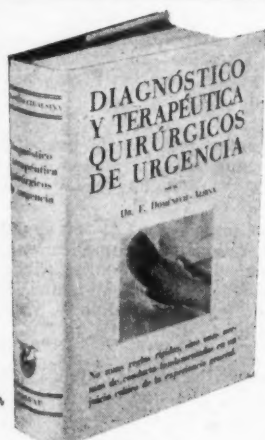
Zur Praxis der Plasmatransfusion, Sker von Salis, Basel, 1946.

Beitrg zum Problem der galligen Peritonitis sine perforatione, Alfred Scharer, 1946, Basel.

Die Entwicklung der Anschauungen amaurotische Idiotie und deren ellgemein-pathologische Bedeutung. Dr. phil. Simon Maringer, Basel, 1946.

Über 22 Falle von Harnwegsinfektion mit *Bact. Proteus vulgaris* Hauser, Theodor Stul, Basel, 1946.

Infantile Herzhyertrophie, — Beitrag zur Frage der Glykogenspeicherungs-kranheit, Jurg Schneider, Basel 1946.



Diagnostico y Terapeutica Quirurgicos de Urgencia

DR. DOMENECH - ALSINA

Não apenas regras rígidas, mas normas de conduta fundamentadas em juízo crítico da experiência geral.

Diz o autor no prólogo desta obra: "Pedidos nos tem sido feitos frequentemente para publicar uma nova edição da obra "Clínica y terapêutica quirúrgica de urgência" publicada nos últimos dias do ano d 1936 em colaboração com o dr. Manuel Corachan, obra exgotada

a muito, apesar da sua primeira edição ter sido bem grande e de ter sido reimpressa em Buenos Aires. A morte do Dr. Corachan ocorrida em 1942 em consequência de uma infecção aguda, quando tudo se podia esperar de sua atuação, nos obriga a publicar uma nova obra e não uma segunda edição, pois, apesar dos poucos anos transcorridos, mudaram muito os conhecimentos sobre numerosos problemas de Cirurgia de Urgência.

"Nesta obras temos desenvolvido os diversos capitulos com um criterio diferente da anterior. Desprezamos de um modo geral as técnicas cirúrgicas clássicas. Em alguns capitulos incluimos capitulos de fisiopatologia, que se consideram importantes para orientar o tratamento".

O volume forma um tomo de 912 páginas, esmeradamente impresso, ilustrado com 330 gravuras em preto e em cores, intercalados no texto.

A venda nas principais livrarias do país.

SALVAT EDITORES S. A.

Distribuidor: Antonio Muñoz, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

